



Aide sociale, chaleur comprise ?

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME HES
D'ASSISTANTE SOCIALE - SITE DE SION

NOVEMBRE 2007



www.art-jlo.de/Bilder/Fleurs_DesespoirWWW.jpg

Pellissier Carole, AS, EE 03

« LES OPINIONS EMISES DANS CE TRAVAIL N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR »

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont pris part à l'élaboration de mon travail de mémoire.

Mme Murielle Pott, directrice de ce mémoire, pour son aide, sa disponibilité et son engagement tout au long de ce travail.

Les assistants sociaux interviewés, pour leur collaboration et leur confiance accordée.

Les membres du comité de la campagne « Ensemble contre la douleur », pour leur soutien et leurs connaissances.

Mes collègues du CMS de Sierre, pour leur attention, leur compréhension et leur soutien.

Mme Marie-Françoise Salamin, Mme Laurence Malgorn et le Dr. Patrick Ruedin, les personnes ressources de ce mémoire, pour leur disponibilité et leurs connaissances.

Toutes les personnes, qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce mémoire.

Ma famille et Fabbio pour leur soutien inconditionnel durant toute ma période de formation.

TABLE DES MATIERES

1. Résumé de la recherche et mots-clés.....	p.6
2. Construction de l'objet de recherche.....	p.6
2.1 Thématique.....	p.6
2.2 Objectifs opérationnels.....	p.7
3. Les concepts et le cadre théorique utilisés.....	p.7
4. La pauvreté.....	p.9
4.1 Qu'est-ce que la pauvreté ?.....	p.9
4.1.1 La pauvreté absolue.....	p.10
4.1.2 La pauvreté relative.....	p.10
4.1.3 La pauvreté socioculturelle.....	p.11
4.2 La pauvreté et la santé.....	p.11
4.3 Les réponses suisses face à la pauvreté.....	p.13
4.3.1 L'aide sociale.....	p.13
4.3.1.1 Loi fédérale en matière d'assistance du 24 juin 1977 (LAS)	p.13
4.3.1.2 Conférence suisse des institutions d'action sociale [CSIAS].....	p.14
4.3.2 L'assistant social.....	p.14
4.3.2.1 Historique de la profession.....	p.14
4.3.2.2 Définition générale de la profession.....	p.15
4.3.2.3 Référentiel métier de la formation d'assistant social.....	p.17
4.3.3 L'attitude fondamentale de l'aidant.....	p.17
4.3.3.1 L'approche centrée sur la personne.....	p.17
4.3.3.2 La pyramide de Maslow.....	p.18
4.4 La réponse valaisanne face à la pauvreté.....	p.19
4.4.1 L'aide sociale.....	p.20
4.4.1.1 Loi cantonale sur l'intégration et l'aide sociale du 29 mars 1996 (LIAS)	p.20
4.4.2 Les centres médicaux sociaux valaisans	p.22
4.4.2.1 L'assistant social d'un centre médico-social	p.22
4.5 La réponse d'un centre médico-social : Sierre.....	p.23
4.5.1 Campagne « Vers un milieu de vie sans douleur ».....	p.23
5. La souffrance et la douleur.....	p.24
5.1 Qu'est-ce que la douleur ?.....	p.25
5.2 Les différentes formes de douleur.....	p.26
5.3 L'ambivalence de la douleur.....	p.26
5.4 Qu'est-ce que la souffrance ?.....	p.27
5.5 Rôle de la souffrance.....	p.28
6. Les hypothèses retenues.....	p.29
7. La méthode.....	p.30
7.1 Le terrain de recherche.....	p.30
7.2 La méthode de recueil de données.....	p.31
7.3 L'aspect éthique.....	p.31

8. L'assistant social face à la souffrance.....	p.32
8.1 Le travail thérapeutique.....	p.32
8.1.1 Les attitudes fondamentales de l'aidant.....	p.32
8.1.1.1 La dimension structurelle.....	p.32
8.1.1.2 Synthèse de la dimension structurelle.....	p.36
8.1.1.3 La dimension relationnelle.....	p.36
8.1.1.4 Synthèse de la dimension relationnelle.....	p.38
8.1.2 La place de la souffrance morale.....	p.39
8.1.2.1 La dimension bio-psycho-sociale.....	p.39
8.1.2.2 Synthèse de la dimension bio-psycho-sociale.....	p.42
8.1.3 Souffrance morale abordée dans un deuxième temps.....	p.42
8.1.3.1 La dimension temporelle.....	p.42
8.1.3.2 Synthèse de la dimension temporelle.....	p.43
8.1.4 Compétences et missions.....	p.44
8.1.4.1 La dimension professionnelle.....	p.44
8.1.4.2 Synthèse de la dimension professionnelle.....	p.49
8.2 Le partenariat.....	p.49
8.2.1 La dimension légale.....	p.49
8.2.2 Synthèse de la dimension légale.....	p.51
8.2.3 La dimension égalitaire.....	p.52
8.2.4 Synthèse de la dimension égalitaire.....	p.54
8.2.5 La dimension du partage d'expérience.....	p.54
8.2.6 Nouvelles dimensions.....	p.55
8.2.6.1 La dimension économique.....	p.55
8.2.6.2 La dimension politique.....	p.55
9. La synthèse.....	p.56
9.1 La relation thérapeutique.....	p.56
9.2 Le partenariat.....	p.57
9.3 Conditions nécessaires pour une prise en compte de la souffrance morale.....	p.57
9.4 Réalisation des objectifs.....	p.58
10. La conclusion.....	p.58
10.1 Réflexions personnelles.....	p.58
10.2 Les limites de la recherche.....	p.59
10.3 Les perspectives de la recherche et les pistes d'action.....	p.59
11. La bibliographie	
12. Les annexes	

1. Résumé de la recherche et mots-clés

Cette recherche nous permet de mettre en évidence un certain nombre de constats en lien avec l'aide sociale et la prise en compte de la souffrance morale. En effet, l'objet d'étude de ce mémoire est de savoir dans quelle mesure l'assistant social¹ d'un centre médico-social est sensible à la souffrance morale du client au bénéfice de l'aide sociale. Se basant sur des concepts théoriques précis tels que la pauvreté, la santé, la souffrance et la douleur, ce mémoire aborde différents domaines de la pratique professionnelle quotidienne de l'assistant social.

Par le biais d'entretiens semi-directifs, ce travail donne la parole à neuf assistants sociaux travaillant dans différents centres médico-sociaux valaisans et offre un précieux éclairage sur leurs expériences, leurs pratiques et leurs perceptions de la souffrance morale d'une personne au bénéfice d'une aide financière. Bien que la place accordée semble parfois restreinte par un contexte légal prégnant, l'assistant social est toutefois en mesure de mettre à disposition un espace de parole et d'écoute suffisant permettant au client de s'investir dans la relation et de parler des souffrances ressenties. De plus, ce travail nous amène également à nous questionner sur la place qu'occupe le bénéficiaire d'aide dans cette relation. Et l'analyse de ces données nous permet de mettre en avant le fait que le client peut parfois prendre un statut d'acteur, cependant, le cadre légal l'empêche très souvent d'être considéré comme un partenaire.

Cette recherche donne également l'occasion à tous les professionnels, amenés à travailler avec ces personnes, de mieux comprendre leurs problématiques, leur parcours de vie et d'être sensibilisés davantage à la prise en compte de l'aspect physique mais également moral dans leur quotidien professionnel et de les impliquer peut-être plus systématiquement dans leurs différentes démarches.

Mots-clés : pauvreté / santé / souffrance / douleur / aide sociale / autonomie / contrainte / relation d'aide / pouvoir / attitudes fondamentales de l'aidant / assistant social / partenariat

2. Construction de l'objet de recherche

2.1 Thématique

Dans le cadre de ma formation d'assistante sociale (AS) à la Haute école valaisanne santé social de Sion, j'ai² eu l'opportunité d'effectuer différents stages pratiques au sein d'institutions où le cadre légal et les contraintes étaient bien présentes pour les bénéficiaires (Office pour la protection de l'enfant (OPE) et Service de la Tutelle Officielle.)

Face à ces expériences pratiques, les premières réflexions et questionnements autour de l'aide sous contrainte n'ont cessé de m'interpeller. En effet, comment aider une personne qui n'est pas demandeuse et qui refuse toute collaboration ? Quelles relations établir si une personne ne répond pas aux exigences demandées ? Est-ce que l'empathie³, le ressenti et les émotions de la personne ont leur place dans un cadre et des mesures si contraignantes ? Il ne me semble pas exister de réponses toutes faites à ces questionnements puisque à mes yeux, ils font partie intégrante des thèmes liés au travail social ; la réflexion est permanente et évolue suivant le temps et les situations.

Suite à ces différents stages, j'ai poursuivi ma formation en cours d'emploi dans un centre médico-social régional (CMS). Le contexte y est quelque peu différent puisque je suis quotidiennement en contact avec des personnes dépourvues de ressources financières, matérielles et très souvent, sociales. Aussi, l'étape du CMS représente

¹ Tout au long de notre travail, nous utiliserons le masculin pour évoquer les professionnels interrogés.

² Pour ce premier chapitre en lien avec la thématique, qui décrit une expérience personnelle, nous utiliserons le « je » et pour la suite qui est en lien avec la partie théorique et la recherche, nous utiliserons le « nous ».

³Déf. : mécanisme psychologique qui consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était l'autre. (Doron, Roland. Parot, Françoise / Dictionnaire de psychologie)

pour ces personnes, en quelque sorte, un passage obligé pour survivre et bénéficier d'un minimum vital. Dans toutes les démarches nécessaires à l'ouverture d'un dossier d'aide sociale⁴, je me rends compte qu'il n'y a que peu de place laissée aux émotions, aux souffrances engendrées du côté du client, et ce, soit par manque de temps, par inconfort ou en raison d'objectifs différents.

Et après presque deux ans d'activité professionnelle au CMS de Sierre, j'ai choisi dans un premier temps, pour mon travail de mémoire de fin d'étude, de me poser la question : est-ce que sanctions et relation d'aide sont compatibles en travail social ? Dans un deuxième temps, j'ai également été sollicitée par le comité de pilotage en charge de la campagne⁵ « Vers un milieu de vie sans douleur » (association ensemble contre la douleur.) En effet, suite à une première phase qui a été réalisée auprès de la clientèle du CMS de Sierre par le personnel au niveau de la douleur physique, ce comité m'a proposé de prolonger la réflexion en abordant le domaine de la souffrance morale du client. J'ai donc décidé de répondre positivement à cette sollicitation et de m'intéresser plus précisément à la prise en compte de la souffrance morale dans le travail social, particulièrement chez les assistants sociaux de CMS. Aussi, c'est pour les différentes raisons décrites ci-dessus que je me pose la question de recherche suivante :

« Sous quelles conditions la souffrance morale du client, au bénéfice de l'aide sociale, peut-elle être prise en compte par l'assistant social de CMS, tout au long de son intervention ? »

Ce qui m'a intéressée dans cette recherche, c'est de pouvoir donner la parole aux professionnels confrontés quotidiennement à ce genre de problématique et d'avoir leurs points de vue, leurs représentations de la personne pauvre, de la souffrance que cet état de fait entraîne et comment ils perçoivent leurs interventions. Ce travail permettra d'apporter des explications à la problématique de la souffrance morale et de sensibiliser davantage les professionnels à la prise en compte de cette dimension dans leur travail quotidien. Il permettra également d'apporter des pistes d'action et d'intervention pour tout travailleur social.

2.2 Objectifs opérationnels

Afin de pouvoir mener notre recherche à terme dans les meilleures conditions, nous avons choisi trois objectifs nécessaires à la réalisation de notre mémoire de fin d'étude :

1. Déterminer si l'aide sous contrainte et l'empathie peuvent être compatibles
2. Evaluer la motivation de l'assistant social à inclure la souffrance morale dans la constitution du dossier d'aide sociale et le suivi du client.
3. Evaluer l'application du cahier des charges de l'assistant social des CMS valaisans et éventuellement les compétences à acquérir durant la formation.

3. Les concepts et le cadre théorique utilisés

Notre travail de recherche se fonde sur quatre concepts théoriques principaux, à savoir la pauvreté, la santé, la souffrance et la douleur.

Pour débiter la présentation de notre mémoire de fin d'étude, nous allons commencer par poser le cadre conceptuel de notre travail de recherche. Nous allons tout d'abord développer, dans les grandes lignes, le thème de la pauvreté. Celle-ci se manifeste le plus souvent par un manque de ressources financières, matérielles, culturelles ou sociales, par un manque d'accès aux droits élémentaires tels que logement, emploi ou santé. Ces caractéristiques sont plus ou moins visibles, mais parfois, il arrive aussi que cette pauvreté se traduise également par la rupture d'un fil de vie comprenant un passé, un présent et un avenir et ce, par altération de l'estime de soi qui s'accompagne, bien souvent, d'un sentiment de honte et peut même aller jusqu'à de l'anxiété voire de la dépression. Elle peut donc aussi engendrer des répercussions très fortes au niveau de la santé physique et morale d'une personne.

⁴Ces démarches seront explicitées par la suite

⁵Voir explication de la campagne

Si nous avons choisi ce thème comme « toile de fond » de notre travail c'est parce qu'il nous amène progressivement aux autres concepts que nous souhaitons développer. En effet, une telle situation de précarité peut conduire une personne à des modifications de son état de santé, à une grande vulnérabilité qui peut être susceptible d'entraîner une sorte de glissement vers des situations complexes et durables qui sont bien souvent dramatiques pour la personne.

Confrontée aux difficultés les plus diverses, la personne qui s'adresse à l'assistance publique a, le plus souvent, un besoin impératif d'argent. Au-delà de cette démarche financière, elle peut également se retrouver en dehors de la société, des relations avec les autres ou à soi-même. Cette situation peut occasionner un certain nombre de troubles qui peuvent l'atteindre dans ses aspects les plus intérieurs. Nous sommes d'avis qu'une situation précaire, une perte de repères sociaux et d'un sentiment d'identité peuvent avoir des conséquences importantes au niveau de la santé physique ou mentale de la personne. A l'inverse, nous pouvons également souligner que des ennuis de santé peuvent aussi être à l'origine d'un état de manque et de restriction aussi bien sur le plan financier, matériel, relationnel ou encore social. Nous n'avons toutefois pas été en mesure de trouver des statistiques correspondant à l'état de santé des bénéficiaires de l'aide sociale, cependant, nous avançons l'hypothèse que ces personnes, en ruptures familiales, professionnelles ou sociales, rencontrent bien souvent des ennuis de santé conséquents qui peuvent même être la cause de leur inactivité. C'est pourquoi nous allons continuer le parcours à travers nos concepts théoriques en développant quelques aspects de la douleur physique et de la souffrance morale que peut ressentir une personne dans un tel cas de figure. Est-ce que ces deux notions sont séparées, liées, où se situe la frontière entre les deux ? Est-ce que l'une implique l'autre et vice versa ? C'est ce que nous allons tenter de définir.

Aussi, lié à ce concept de pauvreté, nous allons voir comment la Suisse peut répondre et de quels moyens elle dispose pour lutter contre cet état de fait. Par conséquent, nous allons nous intéresser au système de sécurité sociale suisse pour nous arrêter plus particulièrement sur l'aide sociale, de plus, l'application de cette loi va nous amener à parler de la profession d'assistant social en Suisse, professionnel qui représente un des acteurs importants dans de telles situations de détresse. Ensuite, partant du principe que la personne qui fait appel à un service social amène avec elle un lot de souffrance, d'émotion en rapport avec sa situation, nous allons terminer ce chapitre en abordant plus particulièrement les aspects en lien avec les attitudes fondamentales de l'aidant.

Dans un second temps, nous allons également nous intéresser à la réponse valaisanne en matière de lutte contre la pauvreté étant donné que notre travail de recherche va se dérouler dans ce canton. Nous allons donc aborder la manière dont la loi fédérale sur l'aide sociale est mise en pratique en Valais et présenter comment pratiquement est organisé l'octroi d'une aide sociale par l'intermédiaire des différents centres médico-sociaux valaisans.

Et, comme nous le verrons par la suite, selon une étude de Caritas, les pauvres sont plus souvent malades et exposés à certains risques de santé et ce, du fait de leur statut social plus fragile. Alors pour terminer notre partie conceptuelle, nous allons nous arrêter plus particulièrement sur le centre médico-social de Sierre qui a participé durant l'année 2006 à une campagne de sensibilisation relative à un milieu de vie sans douleur en lien avec l'association « Ensemble contre la douleur », cette association part du principe que « tout être connaît la douleur ». Cette campagne a étendu ses actions aux personnes bénéficiant d'aide et de soins à domicile et s'est uniquement intéressée à la douleur physique, toutefois, elle a fait naître des interrogations au niveau de la souffrance morale, à savoir comment est-elle prise en compte dans ce genre de situations ? Ces questionnements représentent, en quelque sorte, les éléments déclencheurs de notre recherche et nous permettent de rejoindre notre question de départ qui est de se demander sous quelles conditions la souffrance morale de la personne, au bénéfice de l'aide sociale, est prise en compte lors des interventions d'assistants sociaux de CMS. ?

Avant de débiter cette partie conceptuelle, nous souhaitons également mentionner que les différents entretiens exploratoires effectués nous ont permis d'enrichir et d'étayer notre recherche. En lien avec ces différents thèmes, nous avons rencontré trois personnes, à savoir : le Dr. Patrick Ruedin à Sierre, Mme Laurence Malmgren, assistante sociale à la Tutelle Officielle de Sion et Mme Marie-Françoise Salamin, psychothérapeute – formatrice en communication – animatrice pastorale à Sierre. Les idées et les réflexions amenées par ces trois personnes ressources ont été intégrées à ce chapitre.

4. La pauvreté

Selon le manuel édité par Caritas, relatif à la pauvreté en Suisse, il apparaît que ce phénomène constitue un grave problème social. Et pourtant, il s'avère extrêmement difficile de définir combien de pauvres vivent dans notre pays en raison des multiples facteurs tels que par exemple un état de santé défaillant, une perte d'emploi, un divorce, qui peuvent conduire une personne vers un état de pauvreté. (Kehrli Christin. Knöpfel Carlo. Caritas. 2007 P.50)

L'Office fédéral de la statistique, dans son rapport concernant la pauvreté des personnes en âge de travailler, précise que le fait de définir un niveau de pauvreté dans un pays riche comme la Suisse, est une tâche relativement ardue. Les raisons en sont multiples mais deux retiendront particulièrement notre attention car elles sont en lien étroit avec notre travail de recherche. Tout d'abord nous pouvons mentionner le fort développement économique de la Suisse après la deuxième guerre mondiale et son impact considérable sur les salaires, ce qui a permis aux travailleurs peu qualifiés de gagner un salaire assez bon. De plus, les progrès techniques et le développement de l'Etat social ont permis de quasiment éradiquer les formes de pauvreté les plus sévères. Dans notre pays, personne ne devrait mourir de faim ou de maladies aisément traitables. Donc, parler de pauvreté en Suisse, ne revient pas vraiment à chiffrer combien de personnes vivent dans une misère extrême, mais à estimer le revenu nécessaire pour mener une vie décente et socialement intégrée, comme par exemple, couvrir les dépenses pour l'alimentation, l'habillement, le logement ou encore les soins médicaux. (Crettaz Eric. OFS. Mars 2007)

Ensuite, il semble aussi difficile de définir un niveau de pauvreté en raison de la distribution des revenus. Et comme le précise l'ARTIAS, la distribution est très concentrée pour les revenus inférieurs à la moyenne et très étalée dans la portion supérieure, c'est-à-dire que beaucoup de ménages ont des revenus qui se situent dans une fourchette de quelque centaine de francs par année et cela implique alors qu'une modification du seuil de la pauvreté, même faible, à la baisse ou à la hausse, peut faire que des milliers de ménages ne soient plus statistiquement pauvres ou à l'inverse, le deviennent. A ce propos, nous tenons également à préciser que dans ces conditions, pour les ménages modestes, ces quelques centaines de francs de plus ou de moins font très souvent la différence pour boucler le budget à la fin du mois. (ARTIAS. Crettaz, Eric. Juin 2007)

4.1 Qu'est ce que la pauvreté ?

Comme mentionné précédemment dans notre introduction générale, le concept de la pauvreté représente le cadre général de notre travail de recherche. A ce propos, le « Dictionnaire suisse de politique sociale », édité par Messieurs Fragnière et Girod, définit la pauvreté comme étant une « exclusion insoutenable » Selon ces deux auteurs, pour qu'il y ait pauvreté, il faut tout d'abord une quantité de ressources matérielles et citoyenneté excessivement inférieure à la moyenne, un manque si important que la vie en communauté et les activités habituelles peuvent être compromises.

Ce que nous trouvons également important de relever concernant cette définition c'est que « l'exclusion sociale devient insoutenable seulement lorsqu'elle comporte aussi une crise des conditions bio-psychiques et morales de la survie d'une personne ou d'un groupe de population. » En résumé, la pauvreté représente le résultat de la séquence causale suivante : ressources inférieures à la moyenne → exclusion sociale → crise de la survie morale et physique. Cette définition nous permet de nous rendre compte de la pluralité des dimensions qui caractérisent un état de pauvreté. (Fragnière, Jean-Pierre. Girod, Roger. 2002, 2ème édition)

Et selon le Larousse, le concept de pauvreté est défini par un manque d'argent, de ressource ou est un aspect de ce qui dénote le manque de ressource. (Larousse, 2000. p. 757)

Dans son manuel sur la pauvreté en Suisse, Caritas présente ce concept en distinguant d'une part la pauvreté dite absolue et d'autre part, la pauvreté relative ⁶ :

4.1.1 La pauvreté absolue

Est considéré comme pauvre de manière absolue, toute personne qui vit en dessous du minimum vital physique, c'est-à-dire qui souffre de la faim. Dans cette perspective, la pauvreté est considérée comme détachée de tout contexte social. Et la question que nous pouvons nous poser c'est de savoir si une personne a besoin d'autre chose que de pain et d'eau pour vivre. Comme la réponse serait plutôt affirmative, c'est pour cela que d'une manière générale, l'alimentation, l'habillement, un logement et les soins sanitaires font partie des biens absolument nécessaires pour maintenir un niveau de vie minimum.

Et toujours selon Caritas, dans un pays comme la Suisse, avec un niveau de vie élevé, la pauvreté absolue n'existe pratiquement plus. Cela, du fait que la palette des prestations de l'aide aussi bien privée que publique, et notamment l'aide sociale, sur laquelle nous nous pencherons par la suite, devrait être suffisamment large pour que toute personne dans le besoin puisse s'alimenter mais aussi s'abriter et ce, pour autant que celle-ci fasse valoir ses droits. (Kehrli Christin. Knöpfel Carlo. Caritas. 2007 P. 23)

En plus de ces prestations sociales, nous pouvons également nous référer à l'article 12 de la Constitution Fédérale qui stipule que : « *Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens nécessaires indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine.* » (Chancellerie Fédérale. Article 12 de la Constitution.) (Annexe 1)

Une des questions principale est de se demander si cet article de la Constitution garantit seulement le minimum vital absolument nécessaire ? A ce propos, nous pouvons citer un arrêté du Tribunal Fédéral qui définit les moyens indispensables à la survie par l'alimentation, l'habillement, l'abri et les soins médicaux de bases. Nous constatons alors que cela inclut davantage que la simple survie.

Cette notion fait également partie intégrante de l'article 25, alinéa 1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme qui dit que : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.* » (Déclaration universelle des droits de l'homme. art. 25 alinéa 1) (Annexe 2)

4.1.2 La pauvreté relative

Comme nous l'avons dit précédemment, la pauvreté absolue est plutôt considérée comme détachée de tout contexte social, ce qui n'est par contre pas le cas de la pauvreté dite relative. Cette dernière dépend fortement du lieu, du temps et du contexte. Et selon ce concept, « *n'est plus seulement pauvre celui qui souffre de la faim ou dispose du minimum absolu nécessaire, mais aussi celui qui, en comparaison avec les personnes résidant dans son pays, est obligé de mener une existence caractérisée par les restrictions* » (Kehrli Christin. Knöpfel Carlo. Caritas. 2007 P. 23)

La pauvreté relative peut être définie de différentes manières par exemple, être purement objective et examinée de l'extérieur ou alors elle peut être subjective, c'est-à-dire qu'elle englobe le sentiment des personnes qui sont impliquées dans la situation. Elle peut également être définie d'un point de vue purement économique qui

⁶ Nous avons volontairement choisi de développer le contexte suisse de la pauvreté, c'est la raison pour laquelle nous avons choisi l'étude de Caritas. Il existe cependant différentes manières de décrire le concept de pauvreté et notamment Serge Paugam qui présente la pauvreté dans un contexte européen. Suivant le pays, il décrit une pauvreté soit intégrée où les pauvres sont nombreux et aidés, soit marginale où les pauvres représentent une frange peu nombreuse dans la population ; soit disqualifiante où les pauvres sont de plus en plus nombreux et refoulés hors de la sphère productive. Et selon cet auteur, « *chaque forme élémentaire de la pauvreté ainsi présentée correspond à un état d'équilibre des relations entre des individus inégaux (pauvres et non pauvres) à l'intérieur d'un système social formant un tout* ». Ceci permet de mettre en évidence, le fait qu'il existe une relation réelle d'interdépendance entre les pauvres et la société dans laquelle ils vivent. (Paugam, Serge. (2005)

considère exclusivement la situation financière d'un ménage. Ceci correspond à une approche qui prend en compte les ressources. Nous pouvons également la définir en tenant compte d'aspects socioculturels qui correspondraient à une approche considérant essentiellement les conditions de vie de la personne. C'est cette approche que nous allons développer dans la suite de notre travail car elle correspond le mieux à notre recherche, qui prend en compte l'aspect financier mais aussi l'état de santé des personnes aux bénéfices de l'aide sociale, leurs habitudes de vie, les contacts sociaux qu'ils peuvent avoir, etc. Nous regroupons ceci en parlant de conditions de vie.

4.1.3 La pauvreté socioculturelle

Pour la suite de notre travail, nous avons donc choisi de développer l'approche socioculturelle car en plus du fait de tenir compte d'une insuffisance de revenu, cette approche prend en considération d'autres dimensions des conditions de vie telles que le travail, la formation, le logement, les contacts sociaux, les loisirs et la santé. Nous allons nous intéresser plus particulièrement à cette dernière dimension qui sera reprise aussi dans la suite de notre recherche puisqu'elle représente un thème central et que nous allons aborder la corrélation entre la santé et la pauvreté. Aussi, à l'aide de l'indicateur du revenu, il est possible de mesurer le manque de moyens matériels et grâce à la prise en considération d'autres conditions de vie, la pauvreté n'est pas simplement réduite à un pur problème financier. (Kehrli Christin. Knöpfel Carlo. Caritas. 2007 P. 22-27)

4.2 La pauvreté et la santé

En ce qui concerne la réalisation de notre travail, nous partirons du principe que le fait de se retrouver dans une situation financière difficile, engendrant des conditions de vie précaires telles qu'une mauvaise alimentation ou de l'isolement, peut entraîner des effets importants sur la santé d'une personne. A l'inverse, nous pouvons également préciser que des ennuis de santé rencontrés par une personne, peuvent également engendrer et provoquer un état de pauvreté passager ou de longue durée. Aussi, nous allons marquer le lien entre pauvreté et santé qui représente le contexte principal de notre recherche.

Mais avant d'illustrer la corrélation entre pauvreté et santé, nous allons tenter de définir brièvement ce concept de la santé qui occupe également une place importante dans tout le développement de notre étude :

Selon la définition principale du Larousse, la santé représente un « *état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien.* » (Larousse p. 916) L'Organisation mondiale de la santé (World health organisation), la définit comme un « *état de bien être physique, psychique et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité* » (Citation originale en anglais www.who.int/about/definition/en.) Avec cette seconde définition, nous pouvons considérer la santé comme un concept qui souligne l'importance des ressources sociales et individuelles et qui s'inscrit totalement dans notre travail de recherche puisque nous essayons de montrer le lien entre le contexte de pauvreté, la santé et la souffrance que tout cela peut engendrer.

Dans le but de développer ce chapitre et de démontrer que les personnes pauvres ont mal, référons-nous tout d'abord à l'étude de Caritas relative à la pauvreté en Suisse. Nous y constatons que les ennuis de santé peuvent être à l'origine d'une existence marquée par le manque et les restrictions. Aussi, une santé altérée peut, en dépit de toutes les assurances sociales existantes, mener à la pauvreté, et ce, notamment en raison d'une diminution de revenus suite à une incapacité de travail totale ou partielle. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, une santé déficiente peut être aussi la conséquence d'une vie marquée par la pauvreté. (Kehrli Christin. Knöpfel Carlo. Caritas. 2007 P. 86)

Dans son ouvrage, M. Le Breton marque un lien entre la situation de pauvreté et les répercussions que celle-ci peut engendrer sur la santé physique et morale de la personne concernée et mentionne que bien souvent, quand la personne est dépossédée de tout, il reste au moins son propre corps pour attester de son existence aux yeux des autres. Nous trouvons cette remarque particulièrement pertinente dans le cadre de notre recherche car nous allons nous intéresser à des personnes au bénéfice de l'aide sociale et qui bien souvent présentent des ennuis de santé importants. Le corps de la personne et son état de santé prend donc une place considérable dans le suivi de la situation et un ennui de santé peut souvent s'avérer être un moyen d'attirer l'attention et de demander de l'aide. (Le Breton, David. 1995, p. 131)

Et comme nous l'avons déjà mentionné, cette recherche consiste à étendre la compréhension de la pauvreté au-delà du domaine purement économique, de s'intéresser plutôt aux conditions de vie des personnes concernées et plus particulièrement à leur état de santé qui peut devenir défaillant et engendrer également une certaine souffrance physique mais aussi morale. En effet, la santé représente un des éléments vitaux les plus importants mais aussi une des trois ressources les plus essentielles avec le revenu et l'éducation. Nous l'avons bien compris, un état de santé altéré peut avoir un nombre conséquent de répercussions sur d'autres conditions de vie telles que le travail, les loisirs, les relations sociales, etc. Et c'est pourquoi nous insistons dans ce travail de recherche, en mentionnant que la santé est en étroite corrélation avec la pauvreté. Selon une précédente étude de Caritas, l'égalité des chances sur le plan de la santé n'est pas assurée en Suisse. Cette étude décrit le phénomène de mortalité prématurée des personnes appartenant à des couches sociales inférieures. Autrement dit, les pauvres vivent moins longtemps. Meilleures sont les circonstances générales de vie, meilleur est l'état de santé général. Celui qui dispose d'un petit revenu, une formation scolaire minimale, un travail précaire, doit s'attendre à une espérance de vie plus basse que la moyenne⁷.

Le revenu jouerait donc un rôle déterminant sur l'espérance de vie. Les personnes qui ne disposent que du strict minimum pour vivre ne sont pas en mesure de s'acheter par exemple des fruits et légumes frais ou bien encore effectuer des dépenses en lien avec des mesures préventives pour leur santé et ne disposent par vraiment de temps libre pour se reposer. Alors malgré un système sanitaire de bonne qualité et un accès égal aux soins, tous n'ont pas les mêmes chances de rester en bonne santé (Künzler, Gabriela. 2002)

Dans le but d'illustrer davantage ce lien entre la pauvreté et la santé, intéressons-nous à l'étude de M. Stéphane Rossini et Mme Brigitte Favre, *Les oubliés de la protection sociale*, qui nous confirme qu'une santé défaillante peut conduire une personne vers la pauvreté et générer un parcours de vie socio-économique descendant. Et cela représente presque toujours des graves répercussions sur le plan professionnel : « Une maladie, un accident, un choc psychologique et fragilisant, quelles que soient les conditions d'existence, même privilégiées. Lorsque les ressources personnelles sont limitées, les problèmes de santé deviennent le déclencheur d'une inexorable glissade vers la pauvreté. Les personnes peu ou pas formées, celles qui exécutent des travaux pénibles, occupent des postes instables ou peu rémunérés sont les plus exposées. L'incertitude et l'insécurité surgissent (crainte de licenciement, perte de salaire, etc.) » Bien souvent, dans tous les cas, il y a une diminution du revenu qui intervient ce qui peut représenter un réel obstacle au maintien d'un réseau social et d'un certain niveau de vie. De plus, ces conditions peuvent engendrer régulièrement un poids supplémentaire sur le moral de la personne, de la famille ou de l'entourage qui est déjà suffisamment éprouvée par la situation. Les auteurs de cette étude, précisent également que les conséquences conjugales ou familiales en lien avec les ennuis de santé, peuvent aller jusqu'à être dramatiques provoquant une rupture, un divorce, et la « *dépression est souvent au bout du chemin lorsqu'elle n'est pas déjà présente* » (ARTIAS, Stéphane Rossini. Brigitte Favre. Février 2004. p.5)

Si nous reprenons l'étude de Caritas sur la pauvreté, nous sommes rendus attentifs au fait que les facteurs sociaux sont en mesure d'influencer le comportement en matière de santé, la fréquence de maladie, la possibilité des maladies chroniques ou d'invalidité, la santé psychique ou encore l'espérance de vie. Cette étude mentionne des rapports particulièrement prononcés en ce qui concerne les *facteurs sociaux verticaux* déterminant les couches sociales (revenus, formation, profession), il est cependant également influencé par des *facteurs sociaux horizontaux* (âge, sexe, nationalité). En effet, il semblerait qu'à mesure que le revenu augmente, l'état de santé s'améliore. Le lien avec la formation est aussi marqué. Des personnes ayant achevé des études au niveau secondaire se sentiraient en meilleure santé que celles qui ont fréquenté uniquement l'école obligatoire. Finalement, la charge physique sur le lieu du travail aurait une influence directe sur la santé en générale. (Kehrli Christin. Knöpfel Carlo. Caritas. 2007 P. 123-125)

Nous souhaitons également parler des liens et des contacts sociaux. A ce propos, l'étude de Caritas, parle même de « *véritable cercle vicieux* ». En effet, en ce qui concerne les relations sociales, la marge de manœuvre des personnes qui sont atteintes physiquement et psychiquement est restreinte, bien que ce soit souvent ces personnes qui subissent des conditions de vie difficiles qui devraient être les plus dépendantes d'une aide. Mieux une personne est encadrée pendant sa maladie, plus rapide est sa guérison. « *Les personnes qui considèrent leur santé comme mauvaise disposent, sur les plans qualitatif et quantitatif, d'un réseau de relations restreint, et*

⁷ Espérance de vie moyenne en 2002 atteint 77.9 chez les hommes et 83 chez les femmes, OFS, 2005

un quart des personnes concernées se sentent isolées. Les malades chroniques sont particulièrement touchés par la solitude. À nouveau les solitaires sont les plus sujets aux maladies et présentent plus fréquemment des problèmes de santé, par exemple des troubles du sommeil ou une tension artérielle élevée. » (Kehrli Christin. Knöpfel Carlo. Caritas. 2007 P. 136)

Dans un de ses communiqués de presse, l'Office fédéral de la statistique mentionne également un risque plus élevé d'isolement social parmi la population déjà défavorisée. *« L'isolement social concerne en priorité des groupes de population déjà exposés à divers autres risques sociaux – en particulier la pauvreté ou le chômage. Il touche en effet plus fortement les personnes en mauvaise santé, de nationalité étrangère ou celle n'ayant pas poursuivi d'études au-delà de la scolarité obligatoire ainsi que les personnes âgées et celles disposant d'un faible revenu. »* Dans cette étude qui aborde le thème de l'intégration et réseaux sociaux, l'isolement social est mesuré à travers trois aspects complémentaires qui sont : la taille du ménage, le réseau social et le sentiment de solitude. Le risque d'isolement social ne touche pas toute la population de manière semblable. Il est plus conséquent parmi les personnes exposées à d'autres difficultés sociales telles que la pauvreté ou le chômage et c'est plus particulièrement le cas des personnes dont la santé est moyenne à très mauvaise.

Ces constats confirment donc que la faiblesse des revenus et le risque temporaire ou durable d'isolement social sont aussi liés et les ressources que ces personnes pourraient mobiliser pour améliorer leur situation s'en trouvent réduites. Aussi, la lutte contre l'isolement social devrait donc passer par la lutte contre la pauvreté, toutefois comme nous l'avons souvent mentionné, le revenu n'étant pas le seul facteur impliqué, elle ne peut cependant pas se limiter uniquement à cela. (Communiqué presse OFS. 30 juin 2006.)

4.3 Les réponses suisses face à la pauvreté

Comme nous l'avons développé dans notre chapitre précédent, la pauvreté peut engendrer toute une série de difficultés tant au niveau de la situation financière, sociale, personnelle qu'au niveau de la santé physique et morale de la personne. De ce fait, nous allons tenter de chercher des réponses possibles face à une telle situation. Nous ne perdons toutefois pas de vue que chaque situation est particulière et comme nous l'avons déjà dit, chaque personne va réagir différemment même si la situation peut paraître semblable. Nous avons choisi de présenter une réponse avant tout financière face à un état de pauvreté mais qui peut aussi avoir des répercussions sur d'autres domaines en liens avec la personne, telle que la santé, les relations sociales, le moral (la motivation, le sentiment de sécurité, valorisation, etc.)

4.3.1 L'aide sociale

L'aide sociale fait partie intégrante du système suisse de sécurité sociale, au même titre par exemple que l'assurance chômage (AC), l'assurance invalidité (AI) ou encore l'assurance vieillesse et survivants (AVS) et représente un des moyens de lutte contre la pauvreté.

4.3.1.1 Loi fédérale en matière d'assistance du 24 juin 1977 (LAS)

Le dictionnaire suisse de politique sociale nous explique que l'aide sociale, qui représente un élément important de la politique sociale suisse, relève de la compétence des cantons dans son application, mais est régie par des lois fédérales. En effet, prenons l'article 48 de la Constitution fédérale qui nous indique que : *« les personnes dans le besoin sont assistées par le canton dans lequel elles séjournent. Les frais d'assistance sont à la charge du canton de domicile. »* Et selon la loi fédérale sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin, [LAS], une personne est considérée dans le besoin lorsqu'elle ne peut subvenir d'une manière suffisante ou à temps, par ses propres moyens à son entretien et à celui de sa famille qui partagent son domicile.

L'aide sociale vient en aide aux personnes qui ont des difficultés sociales ou qui sont dépourvues de moyens nécessaires pour satisfaire leurs besoins vitaux et personnels indispensables. Cette aide peut se limiter à un soutien social ou comporter une aide financière. Elle a pour but de garantir l'existence aux personnes dans le besoin, de favoriser leur indépendance économique et personnelle et d'assurer leur intégration sociale. Le fondement de l'aide sociale se traduit par la garantie du droit au minimum vital, ce qui équivaut à assurer une existence physique conforme à la dignité humaine (alimentation, habillement, logement, soins médicaux de

base). A cette notion de minimum vital, s'ajoute celle de minimum social qui doit permettre au bénéficiaire de participer à la vie active et sociale et donc favoriser la responsabilité de soi et l'effort personnel.

Et afin de mieux comprendre le contexte de notre recherche qui nous amène à nous interroger sur l'aide sociale, ses lois, son application mais aussi son fonctionnement, nous trouvons également nécessaire de développer quelques grands principes fondamentaux sur lesquels cette aide est basée. Il s'agit tout d'abord du principe de subsidiarité : l'aide sociale est une prestation d'urgence qui est octroyée aux personnes qui ne sont plus en mesure de bénéficier d'autres formes de soutien, en particulier de la famille, du secteur privé ou des assurances sociales. Elle se présente donc comme étant, en quelque sorte, le dernier filet du système d'assurances sociales suisse. Cela revient à dire que c'est seulement lorsque l'ensemble des prestations de ces assurances (AVS, AI, chômage, allocations, etc.) se révèlent insuffisantes ou épuisées pour lutter contre la pauvreté, voire la misère, que la dernière ressource à exploiter est l'aide sociale. Nous trouvons ensuite le principe d'individualisation des besoins : les prestations sont dispensées de façon adaptée à chaque cas particulier, quelles que soient les raisons qui ont conduit la personne dans cet état de besoin et doivent correspondre à la fois aux objectifs de l'aide sociale et à ceux de la personne concernée. Pour terminer, l'aide sociale est également fondée sur le principe de contrôle : l'aide sociale est attribuée aux personnes sous certaines conditions et dans le cadre de l'imposition de règles du comportement. (Fragnière, Jean-Pierre. Girod, Roger. 2002, 2ème édition)

4.3.1.2 Conférence suisse des institutions d'action sociale [CSIAS]

Précisons tout d'abord que l'application de l'aide sociale relève de la compétence des cantons qui, le plus souvent, délèguent l'organisation de l'aide sociale aux communes. Ceci implique que la mise en œuvre de cette loi peut s'avérer très différente d'un canton à l'autre, voire d'une commune à l'autre. Alors, afin de promouvoir une égalité de traitement et assurer une plus grande sécurité juridique au niveau suisse, la Conférence suisse des institutions d'action sociale [CSIAS] élabore des recommandations à l'intention des autorités et des institutions publiques et privées en ce qui concerne l'application de l'aide sociale. Ces recommandations n'ont pas un caractère obligatoire, c'est plus un statut de référence en matière d'aide sociale. Elles laissent suffisamment de marge pour que soient possibles des solutions adaptées aux cas individuels et aux besoins. Elles valent pour toutes les personnes qui bénéficient durablement de l'aide sociale. Enfin, ces normes sont en principe adaptées à l'évolution des prix et des salaires et réactualisées une fois par année. (Voir montants en Annexe 3). (CSIAS. Normes révisées 2005.)

4.3.2 L'assistant social

Pour la suite de notre travail, nous avons choisi de présenter un bref historique de la profession d'assistant social, ceci afin de mieux comprendre la manière dont ce métier s'est progressivement structuré et d'évoquer les différentes orientations prises durant les dernières décennies. Etant donné que notre recherche donne la parole à des assistants sociaux et à leur pratique professionnelle, nous trouvons nécessaire d'aborder le « parcours » de cette profession, le contexte dans lequel elle s'est mise en place. Et comme nous allons nous interroger sur les missions et rôles de l'assistant social, ses compétences à aborder différents domaines tel que la souffrance morale, nous allons parler des exigences actuelles de formation et des compétences générales à acquérir.

4.3.2.1 Historique de la profession

Les premiers ancêtres des assistantes sociales d'aujourd'hui sont apparus dès la fin du XIX, en pleine période de révolution industrielle et ce, avec les difficultés d'exode rural, de pauvreté, de famine, d'insalubrité, de conditions d'hygiène, de mortalité infantile, etc. que cette période représentait. L'augmentation des inégalités et de la pauvreté dans le milieu ouvrier se faisait grandement ressentir. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les premières infirmières visiteuses considérées comme les ancêtres de l'assistant social. Celles-ci oeuvraient à domicile ou dans des dispensaires d'hygiène sociale où elles pratiquaient la vulgarisation des principes élémentaires de l'hygiène et également de la puériculture. De même, les dames patronnesses veillaient à la moralité et aux bonnes mœurs des pauvres, et ce, en leur rendant visite pour les « éduquer ».⁸

⁸ Nous avons tiré ce bref historique de note de cours transmises par Pinho, Jorge. « De la constitution des professions du social : histoire, théories et enjeux, le service social. » Module 2A : contextes du travail social – histoire et organisations. (Mai 2005)

Ce n'est qu'à partir des années 1900-1920 que la profession commença à se professionnaliser. Dès 1916, le canton de Vaud voit apparaître des dames inspectrices chargées des placements d'enfants et de la surveillance de ces placements. Dès 1905 aux USA et 1920 en France, sont apparues des assistantes sociales qui avaient pour tâche d'assister les médecins en complétant le diagnostic et en prolongeant l'influence médicale au-delà de l'hôpital. En Suisse, des institutions telles que Pro Juventute (1912) et Pro Senectute (1917) voient le jour et apportent une aide, des conseils, des informations sanitaires et morales. Ils développent une méthodologie d'intervention à domicile et individualisent le service social.

Entre les années 1920 et 1940, les travailleuses du domaine social sont en recherche d'une reconnaissance professionnelle. Dans ce contexte de guerre, de chômage, de pauvreté, d'endettement, de maladie, les services sociaux privés apparaissent tels que la Croix Rouge qui prendra en charge les personnes âgées, les veuves et les orphelins. Il y a également la création du code pénal en 1937 avec un chapitre sur les mineurs. Les niveaux d'intervention d'aide sont multiples : communes, cantons et Confédération.

Dès les années 1940, le service social professionnel est en plein essor. Il se développe également une influence grandissante des sciences humaines, notamment de la psychologie, la psychologie sociale et de la sociologie. Il y a un passage d'une prise en charge individuelle à une prise charge plus collective, ce qui impliquera une influence sur le traitement des problèmes sociaux. C'est à partir de 1946 qu'il faut un diplôme pour exercer la profession d'assistante sociale. Parallèlement, les services sociaux continuent à se développer et à se spécialiser selon les populations : malades psychiatriques, personnes âgées, personnes en situation de handicap...et l'assistante sociale devient la spécialiste de l'accès aux droits pour les bénéficiaires. (défense et respects des droits des clients)

Entre les années 1960 et 1980, il y a une opposition entre l'institutionnalisation et la remise en cause du travail social. Le contexte de l'époque est marqué par le développement de l'Etat social, puis de mai 68 et la critique généralisée des institutions. C'est vers les années 75 qu'apparaît la crise de l'Etat Providence, l'argent commence à manquer et l'action sociale se voit reléguée au second plan. La concurrence entre les institutions va se développer. C'est également une période de crise d'identité des travailleurs sociaux en général, mais des assistants sociaux en particulier.

Dans les années 80, les problèmes sociaux rencontrés sont une mauvaise distribution des revenus, la pauvreté, l'afflux excessif de réfugiés ainsi que les problèmes de drogue qui vont toucher toutes les couches sociales. C'est également à cette période que se développent de nouvelles références telle que l'approche systémique (Palo Alto, Batson, Watzlawick). Pour résumer, disons qu'il s'agit d'une approche permettant de comprendre le monde qui nous entoure en se basant sur les interactions entre les membres du système, chaque membre se rapporte ou affecte le système dans son entier. Un élément doit être compris en tant que tel, mais aussi en tant que membre du système en interaction avec les autres.

De 1980 à aujourd'hui, les problèmes sociaux concernent plus particulièrement les drogues (consommation et trafic), le VIH, la maltraitance des enfants et des femmes, les incivilités, la crise de l'emploi et apparition d'une nouvelle pauvreté nommée working poors. (Années 90) Au niveau des références et des courants, la sociologie développe des théories sur la marginalité, les nouveaux exclus, les surnuméraires, les valides invalidés par la conjoncture. La psychiatrie sociale développe le concept de stress qui représente un syndrome d'inadaptation sociale. C'est également l'ère du « new public management » qui implique que l'Etat se gère comme une entreprise privée, met en place une rationalisation de l'action sociale et un contrôle des coûts. Il y a l'apparition des contrats et des mandats de prestation, la mise en concurrence des prestations sociales.

Cette période correspond également à une réorganisation des services publics, à une diminution des subventions et des prestations sociales mais également au développement des associations caritatives et humanitaires.

4.3.2.2 Définition générale de la profession

Afin d'illustrer au mieux ce chapitre, nous allons développer différentes définitions très générales, qui vont nous permettre de relever que la profession d'assistant social est en lien avec une population très hétérogène. Nous remarquons également que toutes ces définitions, que nous allons trouver par la suite, parlent d'aide octroyée aux personnes tant matérielle que psychologique ou psychosociale qui permet de développer le sentiment de

dignité et de responsabilité des individus. Nous allons précisément nous attacher à cet aspect pour la réalisation de notre travail de recherche. En effet, toutes ces définitions, renvoient à un soutien plus psychosocial mais la question qui nous intéresse, est de savoir si ce soutien est appliqué, comment il est mis en pratique par l'assistant social et où sont les limites de sa profession ?

Et comme nous l'avons vu dans notre partie plus historique, la profession d'assistant social est relativement récente puisqu'elle apparaît durant la deuxième moitié du 20^{ème} siècle. A notre connaissance, elle ne semble pas être organisée d'un point de vue mondial, par contre pour la suite, nous allons nous intéresser au contexte européen général puis à celui de la Suisse romande en particulier, étant donné que c'est dans cette région que nous menons notre recherche.

Selon Dominique Lallemand, pour une version simplifiée et épurée de la définition de l'assistant social, cette profession consiste en « *l'aide aux personnes qui sont en difficulté, individuellement ou collectivement.* » En France, le plan gouvernemental d'action pour les professions de l'action sociale définit les fonctions de l'assistant social comme suit : aide aux personnes, mais aussi aux familles, tant matérielles que sociales et psychologiques, la participation à l'élaboration de projets socio-éducatifs, le conseil, l'orientation, l'aide aux démarches, l'information et la prévention. (Lallemand, Dominique. 1994, p.33)

Selon le dossier de l'étudiant remis au début de notre formation en 2003, la Haute école santé-social Valais⁹ présente la formation d'assistant sociale en disant que les assistants sociaux sont plus fréquemment appelés à faire un travail interindividuel ou en groupe restreint, dans des lieux tels que des offices et centres sociaux, hôpitaux, entreprises, services de protection de l'enfance et autres services spécialisés. La définition se poursuit ainsi : leurs compétences sont affinées dans le domaine administratif, juridique et psychosocial. Leur confrontation aux mutations du monde du travail est particulièrement prégnante.

Le conseil de l'Europe apporte lui aussi sa définition : « *le service social est une activité professionnelle spécifique qui vise à favoriser une meilleure adaptation réciproque des personnes, des familles, des groupes et du milieu social dans lequel ils vivent, et à développer le sentiment de dignité et de responsabilité des individus en faisant appel aux capacités des personnes, aux relations interpersonnelles et aux ressources de la collectivité* » Nous pouvons également y apprendre que l'assistant social agit de manière autonome et responsable dans le but d'aider les personnes à résoudre des problèmes sociaux qu'elles ne peuvent résoudre elles-mêmes. La fonction la plus visible du service social est l'accompagnement social dans le but de faire retrouver un statut d'acteur à la personne considérée comme exclue. Une liste des ressources spécifiques à la profession est apportée : « la sécurité sociale, l'aide financière et le désendettement, la réinsertion sociale et professionnelle, le placement institutionnel, le maintien à domicile, la distribution d'aide matérielle, le soutien psychosocial, la médiation, etc. » (HEVs2. (entrée 2003) Dossier de l'étudiant. Filière assistant social, Sion)

Dans le but d'étayer notre définition générale de la profession d'assistant social, nous avons trouvé intéressant d'aller regarder ce qu'en dit le « Dictionnaire suisse de politique sociale » édité par Messieurs Fragnière et Girod. « *L'assistant social exerce au nom de la collectivité, un service public de solidarité à l'égard des personnes, des groupes sociaux, concernés par un processus de désocialisation, disqualification, voire d'exclusion* » et selon la définition de ce dictionnaire, l'assistant social représente une passerelle, un intermédiaire entre les individus et les lois, ou une sorte de médiateur entre la population et les institutions. (Fragnière, Jean-Pierre. Girod, Roger. 2002, 2^{ème} édition)

Toutes ces définitions nous renvoient à des termes relativement généraux ; elles décrivent des compétences nécessaires à la profession d'assistant social et délimitent des domaines ainsi que des lieux de travail. Un accent particulier est mis sur le sentiment de dignité du client ainsi que sur ses responsabilités mais aussi sur le fait que le professionnel est présent pour tout mettre en œuvre afin de permettre au bénéficiaire de recouvrer un statut d'acteur et une place dans la société. Nous partons du principe que ces définitions représentent en quelque sorte un idéal à atteindre pour tout professionnel du social et nous souhaitons, par le biais de notre travail de recherche, observer de quelle manière ces critères sont présents dans la pratique quotidienne de l'assistant social.

⁹ Pour la suite : HEVs2

4.3.2.3 Référentiel métier de la formation d'assistant social

Nous nous sommes également intéressés au référentiel des compétences du travailleur social qui est proposé et utilisé dans le cadre de la formation HEVs2 d'assistante sociale. (Annexe 4) Il y a en tout dix compétences représentées à chaque fois avec ce qui est appelé les compétences effectives et qui servent à préciser la compétence dite générale. A la fin de leur formation, les étudiants sont censés avoir travaillé et acquis l'ensemble des items présentés dans ce référentiel.

Après lecture et analyse de ce document, il s'avère que très peu de compétences sont en lien direct avec le thème de notre travail de recherche qui est la souffrance et la relation d'aide. Nous avons retenu en particulier la compétence générale suivante : *2. initier et développer une relation professionnelle avec les personnes ou les groupes dans un contexte d'action sociale* et les trois compétences effectives qui sont : *2.1 accueillir une ou des personnes dans leurs demandes explicites ou à expliciter et définir clairement avec elle(s) le contexte de la relation. 2.2 réguler la relation en précisant les rôles, les droits et les obligations respectifs des partenaires concernés. 2.4 développer des attitudes appropriées à la dynamique relationnelle et favoriser le développement des personnes.*

Ce référentiel est donc présenté comme la base des compétences à acquérir durant la formation, toutefois, nous pourrions nous demander si la place accordée à ces différents domaines est suffisante ? Une réponse qui pourrait être apportée est que ce référentiel de compétence est commun aux trois filières de formation, à savoir l'éducation spécialisée, l'animation culturelle et le service social et peut-être que tel que présenté, ce document ne prend pas en compte les spécificités de chacune des professions et ne voit que les similitudes.

4.3.3 L'attitude fondamentale de l'aidant

Dans un contexte d'aide sociale, qui peut bien souvent comporter une partie de gêne, de honte à demander de l'aide et à s'adresser à un service social, nous jugeons donc à présent nécessaire d'aborder la question de l'accueil de la personne en situation difficile. Ceci nous permettra pour la suite de notre travail, de notamment mesurer quelle répercussion peut avoir l'attitude du professionnel sur la suite de l'intervention et l'établissement d'une relation d'aide.

4.3.3.1 L'approche centrée sur la personne

Pour développer ce thème, nous avons choisi de partir d'un point de vue de la psychologie humaniste qui place l'homme et les valeurs humaines au-dessus de tout. Cette psychologie humaniste, s'est beaucoup développée dans les années cinquante, notamment par l'intermédiaire d'un de ses représentants, le psychologue Carl Rogers¹⁰, également fondateur de l'approche centrée sur la personne. Selon Rogers, chaque personne possède en soi une tendance fondamentale à réaliser pleinement ses potentialités humaines mais la principale condition pour que cela se produise est que la personne bénéficie d'une acceptation de la part de celui avec qui elle est en relation. Ceci, selon lui, est un moyen de faire émerger une conscience claire et constructive de chaque événement vécu. Ce que Rogers constate, c'est que la personne à qui est donnée cette acceptation inconditionnelle est capable petit à petit d'élaborer son vécu présent et passé et de s'en former une représentation adéquate. Cela veut dire qu'elle juge par elle-même de la valeur de son expérience quant à son équilibre et son projet personnel et sera en mesure d'aborder progressivement chaque situation nouvelle de façon plus adaptée. (Université de Genève. Thérapie centrée sur la personne.)

En fait, l'approche centrée sur la personne met l'accent sur la qualité de la relation entre le professionnel (thérapeute) et le client. Pour que cette qualité de relation soit atteinte, Rogers propose trois concepts essentiels qui sont l'authenticité, la compréhension empathique du client ainsi que l'estime positive inconditionnelle. Ces attitudes font partie des techniques de communication et représentent des outils de travail essentiels dans le suivi d'une situation quelle qu'elle soit.

Selon Rogers, l'authenticité dans la thérapie, cela veut dire « *que le thérapeute est son moi (self) réel dans sa rencontre avec le client. Sans façade, il laisse affluer ouvertement ses sentiments / sensations et attitudes en lui*

¹⁰ Carl Rogers (1902-1987)

dans l'instant présent. Ceci implique une conscience de soi, c'est-à-dire que le thérapeute ait accès à ses sentiments de manière consciente, qu'il soit capable de les vivre, de les expérimenter dans la relation et éventuellement de les communiquer s'ils persistent. Le thérapeute rencontre son client directement dans une relation de personne à personne, il reste lui-même dans son être et ne se renie pas. » (Germain Lietaer. p. 1) Cela revient à dire que le thérapeute ne se cache pas à lui-même aucun des sentiments qu'il est en train d'éprouver et qu'il est ainsi disposé à vivre de manière transparente tout sentiment persistant dans la relation et de le faire savoir au client. En fait, il s'agirait plutôt d'éviter de présenter une façade ou de se cacher derrière un masque de professionnalisme. Pour faire le lien avec une dimension relationnelle, rajoutons encore que pour Rogers, l'élément le plus important du thérapeute dans la relation est sa capacité à être réel et c'est lorsque le thérapeute est naturel et spontané qu'il semble être le plus efficace.

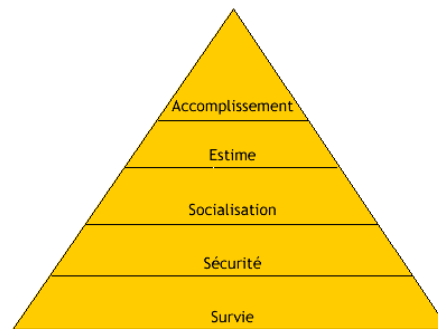
Pour ensuite définir plus précisément ce que représente la compréhension empathique du client, nous avons retenu la définition du dictionnaire de psychologie (Doron, Roland. Parot, Françoise) qui mentionne que selon Rogers, *l'empathie consiste à saisir, avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne, sans perdre de vue le comme si.* Le fait de préciser « sans perdre de vue le comme si », permet en quelque sorte de distinguer l'empathie de la contagion émotionnelle dans laquelle une personne éprouve le même état affectif qu'une autre. Il est également important de distinguer l'empathie de la sympathie qui consiste également à comprendre l'état affectif d'une autre personne mais qui possède en plus une proximité affective que ne permet pas l'empathie puisque cette dernière repose en quelque sorte sur un mécanisme cognitif qui est neutre et sans lien avec la relation qui est entretenue avec la personne.

Quant à l'estime positive inconditionnelle, cela consiste à dire que le professionnel ne doit pas évaluer le client ni le juger. L'estime se doit d'être positive et doit être ressentie comme telle. Le professionnel doit accepter le client dans sa totalité, dans son intégrité et ne pas rejeter ses sentiments tout en en acceptant d'autres.

Cette approche centrée sur la personne et les différentes attitudes proposées par Rogers afin d'instaurer une relation d'aide de qualité nous amène à nous poser certaines questions générales qui sont au cœur de notre travail de recherche et de nos objectifs. En effet, dans un contexte d'aide sociale, avec des normes en vigueur et une loi dans laquelle le système de contre-prestation a été introduit nous pouvons nous demander si ces attitudes trouvent toujours leurs places lors des interventions et du suivi des situations. Nous avons d'ailleurs abordé cette question avec Mme Malgorn de la Tutelle Officielle et qui travaille sous mandat. Dans son contexte professionnel, les personnes ne sont bien souvent pas demandeuses d'une mesure tutélaire pourtant une relation d'aide est censée se mettre en place. De son expérience, il ressort qu'empathie et contrainte peuvent être tout à fait compatibles avec certains et elle rajoute que quelquefois, c'est lorsqu'elle a instauré un cadre très strict que la personne a pu se sentir en sécurité ce qui a permis de provoquer un certain soulagement et c'est suite à cette étape que le domaine de la souffrance, par exemple, a pu être abordé.

4.3.3.1 La pyramide de Maslow

Dans cette dynamique d'attitude fondamentale de l'aidant, nous avons trouvé utile de faire le lien avec l'approche de Maslow et notamment sa théorie relative à l'équilibre des besoins chez chaque individu. Selon cette approche, l'équilibre d'un homme dépend de la satisfaction de cinq types de besoins fondamentaux et sans y parvenir au moins jusqu'à un certain point, il s'expose à la désorganisation de sa personnalité. Au sommet de la pyramide, nous trouvons le besoin d'accomplissement qui correspond à escompter un perfectionnement ou à la poursuite d'un idéal. En dessous se trouve le besoin d'estime, donc de reconnaissance et de considération ; puis, le besoin de socialisation qui passe par une intégration à un ensemble culturel, amitié, affection ou échange. Nous trouvons ensuite le besoin de sécurité qui correspond à une sorte de protection morale et physique ; puis, au fond de cette pyramide, nous parlons du besoin de survie qui consiste à assurer la satisfaction des besoins physiologiques, faim, soif, sommeil, etc. Nous pouvons en fait dire que les besoins sont hiérarchisés et que chaque besoin supérieur ne devient conscient que lorsque les besoins inférieurs sont satisfaits.



Et selon M. Barnabeu et Mme Siegrist, cette représentation des différents besoins humains peut nous amener à réfléchir au regard que nous portons sur les personnes en difficultés. Dans leur ouvrage, *l'accueil des publics en difficulté*, ces deux auteurs citent un exemple que nous reprenons pour illustrer également la suite de notre recherche. « L'homme ne vit pas que de pain, mais quand le pain lui manque, le reste des aspirations est soumis à rude épreuve. Malgré tout, les besoins les plus élevés, de l'ordre de l'accomplissement, ne sont pas des besoins luxueux auxquels on pense quand on a le temps, même s'ils ne sont pas vitaux. Même si l'on meurt moins vite du manque de reconnaissance que du manque de nourriture, on en meurt aussi. » (Barnabeu, Yves. Siegrist, Delphine. (2002) p. 22) Au travers de cette citation, nous comprenons que même la personne la plus démunie est à prendre en compte comme porteuse de l'ensemble de ces besoins qui font l'intégrité humaine. Cette approche de Maslow nous montre en quelque sorte que la santé physique et psychique d'une personne peut dépendre d'un grand nombre de facteurs. Dans une relation d'aide, il nous paraît important de garder à l'esprit cette hiérarchisation des besoins et dans la communication, la prise en compte de besoins de la personne en difficulté est également une façon de les reconnaître et toutes ces attitudes peuvent alors permettre une meilleure prise en charge et intervention du professionnel.

4.4 La réponse valaisanne face à la pauvreté

En Valais, pendant longtemps, il a été pensé que le devoir d'assistance incombait en tout premier lieu à la famille et l'Etat ne prenait le relais que si elle ne pouvait pas ou plus y subvenir. Les mesures prises visaient plus à protéger la société des pauvres qu'à leur venir véritablement en aide. La mendicité apparaît comme le mal social prioritaire ; le travail est défini comme une valeur suprême par l'Etat. Au 19^{ème} siècle, la famille et l'Eglise vont jouer un rôle important dans ce contexte de répression de la pauvreté : le pauvre assisté n'a aucun droit ; la pauvreté est perçue comme un phénomène naturel sur lequel aucune emprise n'est possible.

C'est au 20^{ème} siècle que nous voyons se développer, l'industrialisation (Lonza à Viège et Gampel en 1897, Ciba à Monthey en 1904, Alusuisse à Chippis en 1910, etc.) Dès les années 1925-1930, les pauvres sont catégorisés comme des fainéants, des aliénés ou encore des abandonnés. Avec la crise des années 30 et la seconde guerre mondiale, les conditions de travail de la classe ouvrière deviennent difficiles, la pauvreté et le chômage sont en augmentation.

Un lien majeur qui unit l'univers médical et l'univers social date de 1926 avec la création de la Loi sur l'assistance sociale qui instaure les établissements hospitaliers, les asiles de vieillards, les maisons de discipline, le service de placement pour les aliénés. En 1955, une nouvelle loi sur l'assistance sociale est votée et le rôle de l'Etat est renforcé. (Finances, planification et contrôles des institutions) Une des dates clés en lien avec notre objet de recherche est 1975 qui correspond à la planification hospitalière et médico-sociale avec notamment la création des premiers centres médico-sociaux qui englobent le service des infirmières, le service des aides familiales et le service social. Les niveaux d'action concernent la prévention et l'hygiène médico-sociale, les prestations à domicile et l'aide sociale courante.

C'est le 24 juin 1977 qu'entre en vigueur la Loi fédérale sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (LAS) et c'est le 29 mars 1996 qu'en en vigueur, pour le canton du Valais, la Loi sur l'intégration et l'aide sociale (LIAS) qui prévoit une aide sociale, des mesures d'intégration et de lutte contre l'exclusion et introduit le principe de contre prestation.

4.4.1 L'aide sociale

En lien avec ce qui s'est dit précédemment, nous trouvons pertinent de mentionner une étude de Caritas « les pauvres vivent moins longtemps. » En effet, cette recherche démontre qu'en Suisse, l'espérance de vie augmente mais que cette augmentation ne profite pas à tout le monde et que de graves inégalités subsistent face à la mort. Ce que nous pensons judicieux de relever, est le fait que ce sont les personnes appartenant à des couches sociales inférieures qui meurent en moyenne plus tôt que celles disposants de hauts revenus. Cette étude rajoute qu'au cours de leur existence, ces personnes sont également plus souvent malades ou exposées à certains risques de santé. De ce fait, la pauvreté représente un des déterminants de la santé, en effet, les pauvres sont en mauvaise santé, plus malades et meurent plus tôt. Aussi, nous pouvons nous permettre aisément de faire le lien entre douleur physique et statut social précaire. Voilà pourquoi nous avons choisi dans notre recherche, de nous intéresser à la population à l'aide sociale. Et comme nous allons l'effectuer dans le canton du Valais, nous allons plus particulièrement développer les points essentiels de la loi valaisanne sur l'intégration et l'aide sociale. (Künzler, Gabriela. 2002)

Avant cela, nous voulons encore préciser certains éléments en lien avec l'aide sociale en Valais. Si nous nous référons aux dernières statistiques suisses de l'aide sociale (résultats pour l'année 2005), nous constatons que les cantons ruraux, plus périphérique, avec des petits centres, comme le Valais, affichent un taux d'aide sociale qui est plutôt inférieur à la moyenne suisse. Pour se représenter un ordre d'idée, en 2005, le taux d'aide sociale suisse est de 3.3 %, ce qui signifie que, sur l'ensemble de la population suisse, 33 personnes sur mille bénéficient d'une prestation d'aide sociale ; le canton du Valais présente un taux d'aide sociale égal à 1.4%, ce qui correspond à 3939 bénéficiaires. (Annexe 5 : Office fédérale de la statistique, 2007, tableau p. 6)

4.4.1.1 Loi cantonale sur l'intégration et l'aide sociale du 29 mars 1996 (LIAS)

Etant donné que notre travail de recherche se déroule en Valais, nous avons choisi de développer uniquement cette loi cantonale : en Valais, c'est la loi sur l'intégration et l'aide sociale [LIAS] (Annexe 6) qui fait office de loi d'application de la loi fédérale en matière d'aide sociale [LAS], et ce, en détaillant les modalités de l'assistance sociale. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'aide sociale est destinée à venir en aide aux personnes ayant des difficultés d'intégration sociale ou dépourvues des moyens nécessaires à la satisfaction de leurs besoins vitaux et personnels indispensables. Aussi, toute personne domiciliée, séjournant ou de passage dans le canton du Valais, qui ne peut subvenir d'une manière suffisante ou à temps, par ses propres moyens à son entretien ou à celui des membres de sa famille, peut bénéficier de l'aide sociale.

Notons encore le fait que l'aide sociale est remboursable. A ce propos, l'article 26 de la loi fédérale sur l'aide sociale, délègue au canton de domicile les compétences pour le remboursement, c'est à dire, en ce qui nous concerne, que c'est la législation cantonale valaisanne (LIAS) qui fait également foi en matière de remboursement et notamment son article 21 :

B. Remboursement de l'aide sociale

Art. 21 Remboursement

- 1 La personne qui, après l'âge de la majorité civile, a obtenu une aide sociale est tenue de la rembourser, si elle est revenue à meilleure fortune au sens de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite.*
- 2 Les montants à rembourser sont non productifs d'intérêts, sauf s'ils ont été obtenus frauduleusement.*
- 3 L'action en remboursement se prescrit par dix ans à partir du jour où la dernière prestation a été versée.*
- 4 Il n'existe pas d'obligation de rembourser l'aide sociale versée à une personne mineure ou à un jeune jusqu'à la fin de sa formation professionnelle de base.*
- 5 L'aide versée pendant la durée d'un contrat d'insertion sociale est libérée de l'obligation de remboursement.*

Les normes CSIAS recommandent en fait de limiter l'obligation de remboursement uniquement à des situations bien précises en cas : de prestations d'aide sociale versées indûment, de fortune disponible mais pas immédiatement réalisable (immeuble, assurances, etc.), héritage, entrée en possession d'une fortune importante pendant la période durant laquelle l'aide sociale est versée ou dans les délais de prescription prévus par la législation cantonale. Ces normes précisent également qu'il convient d'appliquer ce principe de remboursement

en tenant compte de manière appropriée des circonstances particulières de chaque situation. Cela signifie que l'assistant social a une certaine marge de manœuvre et d'appréciation quant aux éventuels remboursements d'aide sociale. Ceci pourrait faire penser à des inégalités de traitement, cependant si la personne peut à nouveau être au bénéfice d'un revenu provenant d'une activité professionnelle, il est toutefois recommandé de tenir compte d'une limite généreuse de revenu afin de ne pas compromettre l'intégration économique et sociale. (CSIAS, p.E.3-1),

Les prestations de l'aide sociale sont diverses. Il peut tout d'abord s'agir d'aides non-matérielles (art. 9 LIAS) « Les aides non matérielles favorisent l'intégration sociale et l'autonomie de la personne. Elles comprennent les activités d'encadrement, de soutien et de conseils dispensés par le personnel des centres médico-sociaux ou d'autres institutions et partenaires publics ou privés. Le personnel chargé de l'aide sociale doit disposer des compétences et qualifications nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions. » Il peut également s'agir d'aides matérielles (art.10 LIAS) : Il s'agit ici de prestations allouées en argent. Elles doivent non seulement couvrir ce qui est strictement indispensable à la vie matérielle, mais également assurer un minimum social. Les recommandations de la Conférence suisse des institutions d'action sociale [CSIAS] servent de base à l'établissement des budgets d'aide sociale. Les prestations de l'aide sociale peuvent également correspondre à des mesures d'insertions sociales. En effet, une innovation importante de la LIAS est la possibilité de conclure des contrats de prestations entre le bénéficiaire de l'aide sociale et la commune. Ces contrats peuvent prendre différentes formes : (Annexe 7)

Le contrat d'insertion sociale (CIS) : il s'agit d'un contrat moral portant sur une activité de développement personnel, d'amélioration de sa situation ou de participation à la vie sociale. Par ce contrat, la personne s'engage à participer à une activité d'utilité publique, à entreprendre une démarche de formation ou d'intégration professionnelle. Le contrat peut en outre comprendre toute autre disposition de nature à favoriser le recouvrement de l'autonomie (par exemple, le suivi d'un traitement thérapeutique, cure ou séjour dans une institution spécialisée). En contrepartie, la commune accorde un supplément à l'aide sociale accordée et libère la personne de l'obligation de rembourser les montants versés à titre d'aide sociale durant la période couverte par le contrat.

Le stage pratique : C'est une mesure destinée aux bénéficiaires d'aide sociale souhaitant s'engager dans une démarche visant leur réinsertion professionnelle, mais qui ne peuvent remplir toutes les exigences liées à un travail salarié. Le stage pratique leur permet de reprendre contact avec le milieu professionnel et de tester ou améliorer leurs compétences.

L'allocation sociale d'initiation au travail (AITS) : Si le bénéficiaire de l'aide sociale a une capacité de travail, qu'une place de travail adaptée à ses compétences peut être trouvée et qu'il y a accord entre le bénéficiaire et la commune ou le CMS pour s'engager dans cette démarche, le contrat d'insertion sociale peut prendre la forme d'une AITS. Dans ce cas, une contribution de 40% du salaire brut est versée à l'employeur par la commune sur la base d'un contrat à durée déterminée. Il est établi pour une période correspondant à celle où l'aide sociale aurait dû être versée, à défaut de droit aux indemnités de chômage.

Le financement des charges patronales : La troisième forme de contrat d'insertion est plus particulièrement destinée aux demandeurs d'emploi âgés pour lesquels le coût du deuxième pilier est un véritable handicap à l'engagement. Cette mesure permet de rembourser à l'employeur l'intégralité des charges patronales durant deux ans (AVS, LAA, APG, LPP).

Rajoutons également que depuis environ une dizaine d'année de nouvelles politiques sociales se sont développées en Suisse, elles sont basées sur le principe de contre-prestation qui signifie que les personnes ne peuvent bénéficier de l'aide sociale de l'Etat qu'à la condition impérative qu'elles se conforment à des obligations précises en matière de travail, d'amélioration de leur employabilité ou de leur insertion sociale, obligations qui sont fixées par les organismes publics ou leurs représentants. (Fragnière, Jean-Pierre. Girod, Roger. (2002), 2ème édition) Ainsi, l'aide devient en quelque sorte une aide liée, nous pourrions également utiliser le terme aide sociale sous conditions. Nous approfondirons ce sujet dans la suite de notre travail car ce principe de contre-prestation représente un point majeur de notre recherche, en effet, nous pouvons aisément nous poser la question de l'effet de ce genre de pratique et de contrats établis sur la relation d'aide et le suivi d'une situation.

A ce propos et à titre indicatif, nous avons choisi de mettre en annexe, un document de travail récapitulatif concernant les principaux droits et devoirs des bénéficiaires d'aide. Pour illustration, au chapitre des devoirs du bénéficiaires, nous retrouvons notamment celui de la collaboration à la réinsertion. Ceci implique que la personne à l'aide sociale, doit entreprendre « *tout ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui, pour recouvrer son autonomie financière et pour sa réinsertion sociale....Il doit accepter les mesures d'insertion qui lui sont proposées par les autorités d'aide sociale.* » En fin de document, le bénéficiaire est rendu attentif au fait que s'il ne respecte pas l'une de ses obligations légales, « *il s'expose à des sanctions.* » (Annexe 16)

Ainsi, le cadre légal est posé, nous pouvons également rajouter que se sont les communes valaisannes (art. 4 LIAS) qui sont compétentes pour l'octroi d'une aide sociale : elles sont responsables de l'organisation et de l'application de cette aide, mais elles peuvent très bien déléguer cette tâche au service social des centres médico-sociaux.

4.4.2 Les centres médico-sociaux valaisans

En Valais, les centres médico-sociaux ne sont pas organisés de la même manière, nous trouvons à la fois des centres médico-sociaux subrégionaux tel que celui de Sion, Vétroz, Euseigne ou des centres médico-sociaux régionaux tel que Sierre qui regroupe toutes les communes du district de Sierre avec Salquenen. Cependant, les prestations qu'offrent ces différents centres sont quasi similaires. Elles vont des soins infirmiers à l'aide au ménage, de l'ergothérapie à l'aide sociale, de l'éducation à la santé au service des repas à domicile, à la mise en place de permanence d'appel ou encore de réseaux bénévoles.

4.4.2.1 L'assistant social d'un centre médico-social

Etant donné que notre travail de recherche va se cibler plus particulièrement sur les assistants sociaux exerçant leur activité en CMS, nous trouvons judicieux de préciser plus en détail quelles sont ses tâches ainsi que son cahier des charges.

Nous pouvons commencer par dire que l'assistant social est à disposition de toute la population pour donner des informations et offrir un soutien social. La majorité des clients font appel au service concerné par leur propre initiative mais sont parfois envoyés par différentes autorités, des services spécialisés tels que l'Office régional de placement ou encore leur entourage. Comme mentionné, une des tâches est de répondre aux demandes d'informations dans le domaine médico-social, notamment les assurances et les caisses-maladies. Il peut parfois s'agir de simples explications concernant un formulaire à remplir ou une aide à rédiger un courrier ou encore une aide à la gestion de dossiers administratifs.

L'assistant social a également la tâche d'évaluer les demandes d'aide financières en établissant un budget correspondant à la situation, il examine s'il y a possibilité d'augmenter un revenu (reprise d'un emploi, obtention d'une rente, allocations familiales, pensions alimentaires, etc.) et de diminuer les dépenses (subvention caisse-maladie, loyer, etc.) Selon le résultat de cette analyse financière, il peut proposer un dépannage financier par un appel à des fonds privés pour une facture particulière ou un budget déséquilibré mais modeste ou une aide à la gestion. Si ces démarches ne suffisent pas à rétablir la situation et si la famille ne peut pas venir en aide à la personne qui est en difficulté, alors l'assistant social va solliciter la commune de domicile dans le but d'obtenir une aide financière.

A titre d'exemple, nous nous sommes intéressés au cahier des charges de l'assistant social du CMS de Sierre, nous trouvons une des tâches qui mentionne ceci : « *Le service des AS garantit un lieu d'écoute confidentiel et disponible.[...] Il prévoit des disponibilités pour favoriser la qualité d'écoute. Il est attentif à mettre en place des structures pour anticiper et prévenir l'aggravation de la situation. Il oriente, si nécessaire, l'utilisateur vers les services spécialisés.* » Il nous paraissait important de relever cette fonction d'écoute puisqu'il s'agira également d'un thème central dans notre travail de recherche qui sera développé ultérieurement. Avec cet exemple, nous nous rendons déjà compte que c'est une compétence inhérente à la profession d'assistant social.

4.5 La réponse d'un centre médico-social valaisan : Sierre

4.5.1 Campagne « Vers un milieu de vie sans douleur »

Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette campagne¹¹ s'inscrit dans les objectifs de l'Association Ensemble Contre La Douleur. Cette dernière représente un organisme à but non-lucratif créé à Genève le 15 avril 1997 en vue d'améliorer le soulagement de la douleur chez les malades hospitalisés à domicile ou en institution souffrant de toute maladie ou traitement douloureux. Dans ce but, l'association fait la promotion de campagnes internationales comme *Vers un hôpital sans douleur / Vers un milieu de vie sans douleur / Vivre à domicile sans douleur / Vivre avec le cancer sans douleur*, et ce, afin que ces initiatives, déjà présentes en Amérique du Nord et en Europe, puissent se répandre désormais à travers le monde entier grâce à l'aide de toutes les personnes et de toutes les organisations intéressées au soulagement de la douleur. L'Association part du constat que « Tout être humain connaît la douleur » et la qualifie comme étant « une sensation et une émotion désagréable associées à des lésions des tissus présentes ou potentielles ou présentées en de tels termes » (Déf. issue d'International Association for the Study of Pain)

La campagne « Vers un milieu de vie sans douleur » a débuté en 1992 au Canada sur l'initiative du professeur Charles-Henri Rapin, avec un objectif très clair, celui de changer le comportement des professionnels de la santé et celui des patients dans la prise en considération et le soulagement de toutes les formes de douleur. A ce propos, nous pouvons relever que c'est tout d'abord dans les hôpitaux et les Etablissements médico-sociaux (EMS) que cette campagne a débuté (hôpital sans douleur, EMS sans douleur), d'ailleurs, en Valais, plusieurs EMS sont actuellement labellisés et notamment le Foyer St-Joseph et le Christ-Roi qui se situent dans la région sieroise.

Le CMS de Sierre, en lien avec le développement de soins palliatifs, a souhaité reprendre à son compte les objectifs de cette campagne et étendre ces actions aux personnes bénéficiant d'aide et de soins à domicile. Pour se faire, il a agit sur trois domaines bien déterminés : l'information, la sensibilisation et la formation. Il dit vouloir encourager chaque membre du personnel à s'interroger sur sa pratique et son attitude en regard de la douleur, mais également proposer des formations afin que chacun puisse améliorer ses connaissances et privilégier une attitude « thérapeutique. » La clientèle du CMS, les familles, se doivent de devenir partenaires dans le soulagement de la douleur. Cette campagne vise à augmenter la qualité de vie à domicile et le maintien de l'autonomie. (Info CMS, juillet 2006 – N°7, p.3).

Le déroulement de cette campagne s'est composé de différentes phases, qui ont eu pour objectif d'informer, de sensibiliser, de former le personnel et les clients, de permettre aux clients ainsi qu'à leur famille d'être partenaires. (Annexe 8).

A ce propos, nous voudrions relever qu'il s'agit d'une décision des membres du comité de la campagne de faire participer à cette expérience tous les services à savoir : infirmières (ISP), aides familiales (AF), auxiliaires au foyer (AAF), auxiliaires de vie (AVI) et également celui des assistants sociaux (AS), qui en général, n'aborde que très peu voir pas du tout le domaine de la douleur avec sa clientèle, qui peut bien souvent être la même que les autres services. Toutefois, comme déjà dit précédemment, cela représente une volonté de sensibiliser et d'impliquer tous les partenaires possibles dans le traitement de la douleur et ce dans le but de permettre un certain décloisonnement des secteurs. Bien sûr que les assistants sociaux ne vont pas commencer à faire des injections et les infirmières des budgets d'aide sociale (chacun ses compétences), mais cette démarche permet une prise en compte de la sphère bio-psycho-sociale du client dans son ensemble. Les services du CMS travaillent déjà en collaboration, notamment par l'intermédiaire des situations de maintien à domicile (MAD) et cette campagne, à nos yeux, permet d'avancer dans ces relations interprofessionnelles pour mieux soulager les douleurs des clients et leur offrir une meilleure qualité de vie à domicile.

La première partie de l'évaluation de la douleur pour la clientèle du CMS de Sierre s'est déroulée sur une semaine en juillet 2006, 576 questionnaires ont pu être remplis et toutes les catégories ISP, AF, AAF, AVI, AS sont représentées. La seconde partie de l'évaluation a eu lieu la première semaine de novembre 2006, avec les mêmes services concernés.

¹¹ Site Association Ensemble Contre La Douleur, 2006

Concrètement, cela signifie que durant une semaine, chaque membre du personnel a rempli un questionnaire avec tous les clients rencontrés. (Annexe 9) Après avoir complété les données personnelles du client et estimé sa douleur du moment selon une échelle visuelle en mm, la première question consistait à demander au client « En ce moment, pendant que je vous parle, avez-vous mal ? » Si oui, la question suivante était « Pouvez-vous me dire combien avez-vous mal ? » Il fallait ensuite présenter l'échelle visuelle analogique (réglette, annexe 10) face non millimétrée et expliquer au client que cette réglette est une sorte de thermomètre de la douleur et qu'il devait mettre le trait à l'endroit qui correspond à l'intensité de la douleur qu'il ressentait au moment donné. La douleur pouvait aller de « pas de douleur » à « douleur insupportable. » La troisième question était de savoir si le client reçoit un antalgique et si oui, il fallait détailler les médicaments pris (posologie journalière, mode d'administration et horaires d'administration.)

Si nous nous intéressons plus particulièrement au service des assistants sociaux, puisque nous en faisons partie, nous pouvons dire que cette expérience a modifié en quelque sorte le déroulement de l'entretien avec le client et a permis d'amener un élément nouveau. Pour notre part, nous avons eu des réactions surprenantes dans le sens où il a fallu un temps d'adaptation pour répondre à la première question (comme si la personne se demandait si elle était au bon endroit ?) Nous n'avions presque jamais abordé cette question en entretien et le faire, a entraîné un effet de surprise et d'étonnement des clients. Pourtant, aborder la douleur physique, implique un certain rapport au corps qui touche plus à l'intimité mais qui fait partie intégrante de la situation totale du client et qui ne peut être traitée séparément ; nous pourrions alors parler de souffrance totale.

Le CMS de Sierre a obtenu le label « Ensemble contre la douleur » en date du 12 septembre 2007. Un des objectifs étant de « démocratiser » le traitement de la douleur. Cette campagne a également permis au personnel soignant mais également à l'ensemble du personnel du CMS de se poser des questions et d'être sensibilisé à la problématique. Les résultats de la démarche laissent entrevoir des pistes d'action au niveau d'une antalgie adéquate pour le traitement de la douleur physique et ceci concerne plutôt l'aspect médical que nous ne souhaitons pas aborder dans les détails, du fait de la complexité du domaine. Par contre, une des questions qui a interpellé le comité de pilotage ainsi que certains clients qui ont rempli le questionnaire est, comme mentionné ci-dessus, qu'en est-il de la douleur morale¹² du client, est-elle prise également en compte par les professionnels ?

Nous avons donc répondu à la demande de ce comité et décidé de faire notre recherche autour d'un thème intégrant le domaine de la souffrance morale car nous partageons également les mêmes interrogations, c'est à dire, quelle place occupe la souffrance morale dans la vie du client et quelle place lui est accordée par les professionnels en santé-social ? Il est bien clair que la souffrance morale est difficilement quantifiable et mesurable, il s'agit d'un terme abstrait, intime et complexe. Personne ne peut vraiment savoir l'intensité du mal être que quelqu'un d'autre ressent, mais il semble fort possible qu'un client qui souffre s'abandonne à sa souffrance pour ne pas ou ne plus avoir à affronter d'autres choses. Aussi, il nous paraissait intéressant de lier cet aspect de la souffrance morale avec des clients qui sont au bénéfice de l'aide sociale ; ceux-ci représentent une catégorie de personnes fragilisées, au bénéfice de prestations diverses (financières, soutiens, etc.) et qui doivent en retour fournir des contre-prestations (collaborer, tout mettre en œuvre pour retrouver une autonomie financière, etc.). Est-ce que le fait d'aborder la souffrance morale avec le client et d'en tenir compte peut influencer le suivi et les comportements de chacun et est-ce compatible avec une dynamique de sanctions ?

5 La souffrance et la douleur

Suite à la sollicitation de ce comité de pilotage, nous nous sommes donc intéressés plus particulièrement au domaine de la douleur et de la souffrance. Nous avons remarqué assez rapidement qu'il était difficile de séparer ces deux concepts car certaines fois, la barrière entre les deux niveaux peut paraître assez floue, voir inexistante. Nous avons alors décidé de les présenter sous le même chapitre. Aussi, dans ce contexte de pauvreté, d'aide sociale, de fragilité, nous avons choisi d'aborder le thème de la douleur et de la souffrance morale que peut engendrer une telle situation de détresse. A ce propos, voici quelques réflexions liées à ce concept de douleur et de souffrance, qui vont nous permettre d'organiser la suite de notre travail de recherche.

¹² Pour la suite de notre travail, nous utiliserons le terme de souffrance morale qui a été défini dans la partie conceptuelle.

En 1937, René Leriche, citait ces quelques mots dans son ouvrage *Chirurgie de la douleur* : « Il n'y a qu'une douleur qu'il soit facile à supporter, c'est celle des autres. Pour celui qui souffre, la douleur physique est une rançon terrible de la perfection lentement acquise d'un de nos sens. Toujours inutile, elle appauvrit l'homme. En peu de temps, elle fait de l'esprit le plus lumineux un être traqué, replié sur lui-même, concentré sur son mal. [...] En fait, la douleur est toujours un sinistre cadeau qui diminue l'homme, qui le rend plus malade qu'il ne serait sans elle, et le devoir strict du médecin est de s'efforcer toujours à la supprimer s'il le peut. » (Cité par Le Breton David. 1995, p.53) Cette citation nous est utile pour poser le cadre de notre travail, elle annonce toute la complexité et l'enjeu moral que représente une douleur, une souffrance qui ne peut être exprimée que par la parole de la personne concernée.

5.1 Qu'est-ce que la douleur ?

Selon l'association suisse pour personnes souffrant de douleurs chroniques, tout être humain connaît la douleur, elle représente un signal d'alarme du corps qui indique la présence d'une blessure ou d'une maladie. La douleur est définie comme une expérience sensorielle désagréable qui est perçue plus ou moins fortement par la personne.

Pour le dictionnaire de psychologie Larousse, (Larousse, 2000), la douleur s'apparente à une expérience sensorielle et affective négative qui provoque des comportements d'évitement et de suppression des conditions qui lui ont donné naissance. Dans sa définition, ce dictionnaire va plus loin et définit également la douleur morale qui est apparentée, elle, à un sentiment prolongé de peine et de souffrance mentale. Ainsi, par opposition à la douleur physique ou somatique, la douleur morale reste uniquement psychique, ne s'accompagne pas de sensations graves de malaise physique et se rattache aux états d'anxiétés et à la dépression.

Pour le professeur de psychologie, M. Doron, (Dictionnaire de psychologie), la douleur représente un phénomène neuropsychologique complexe d'aspect pluridimensionnel (sensoriel, affectif, cognitif et comportemental). Ce phénomène complexe est susceptible d'être influencé par de nombreux facteurs dont l'origine se situe aussi bien au niveau de l'individu (facteurs neurophysiologie et psychologie) que de son environnement (facteurs sociaux.)

Nous nous sommes également intéressés à ce qu'a écrit M. Le Breton dans son ouvrage, *L'anthropologie de la douleur*. (Le Breton, David. 1995). Selon lui, les hommes ne réagissent pas de la même façon à une blessure ou une affection identique, cela dépend énormément de leur propre histoire personnelle, de leurs conditions sociales et culturelles. En fait, il s'avèrerait que le seuil de sensibilité est différent. Ceci signifie que la relation que nous pouvons qualifier d'intime à la douleur, va bien souvent dépendre de la signification qu'elle revêt au moment où elle va atteindre tel ou tel individu. Pour cet auteur, « la douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social. » (Le Breton, David. 1995, p. 11).

À ce propos, nous trouvons intéressant de relever également quelques caractéristiques qui sont propres à cette douleur. Premièrement, nous pourrions dire qu'elle représente une sorte de protection de l'espèce humaine contre les menaces qui pèsent sur sa condition car si la capacité de ressentir un danger devait disparaître, alors l'existence humaine pourrait à son tour devenir extrêmement vulnérable et fragile. Deuxièmement, cette douleur représente une protection de l'organisme. Pour illustrer cette caractéristique, prenons un exemple bien connu : au contact d'une plaque chauffante, nous retirons immédiatement notre main, par réflexe, avant même de ressentir réellement la douleur. Troisièmement, la douleur permet également de sanctionner une action inappropriée et peut enseigner la prudence. Donc face à un état fâcheux, elle peut représenter un moyen de défense.

Pour la suite de notre travail, nous retenons également la réflexion du même auteur qui dit que dans la vie quotidienne, le corps peut se faire invisible tant que l'homme est en bonne santé et ce, comme si son épaisseur était gommée, pouvant aller parfois jusqu'à être transparent à lui-même. Cette attitude amène d'ailleurs René Leriche à définir la santé comme « la vie dans le silence des organes » (Le Riche René, cité par Le Breton, David. (1995), chapitre 1 p. 23). Dans cette représentation, la douleur correspond à un moment de l'existence où l'homme a l'impression que son corps est autre que lui-même. Cette douleur peut alors devenir un accaparement de toute l'attention de la personne et peut également avoir un impact majeur sur les choses et les actes essentiels de la vie. « La conscience se découvre enfermée dans les frontières d'un corps qu'elle échoue à

reconnaître, mais qui lui impose sa présence » (Le Breton, David. (1995), chapitre 1 p. 25). L'auteur précise que toute douleur, même la plus modeste, provoque en la personne un changement dans sa relation avec elle-même, les autres et le monde, ce qui peut donc avoir des répercussions au niveau des relations sociales mais aussi sur les actes de la vie quotidienne.

Nous pouvons donc remarquer que toutes ces définitions caractérisent la douleur comme une expérience sensorielle désagréable mais qui peut parfois représenter une certaine protection ou un moyen de défense et parfois provoquer un accaparement général de toute l'attention de la personne ce qui peut donc entraîner des répercussions négatives sur ses comportements. Nous trouvons également intéressant de retenir le fait que chaque personne réagit différemment face à une douleur qui pourrait être semblable, et comme nous l'avons mentionné précédemment, cela dépend de différents facteurs. En effet, une douleur, même minime qu'elle soit, va avoir une répercussion différente selon que la personne se trouve dans une situation financière, sociale ou personnelle stable ou qu'elle se trouve dans une situation matérielle et personnelle des plus catastrophiques. C'est justement à cette deuxième catégorie de personnes que nous allons donner de l'importance dans notre travail de recherche.

5.2 Les différentes formes de la douleur

Premièrement, nous jugeons nécessaire de distinguer la douleur aiguë qui correspond au symptôme d'une lésion, de la douleur chronique qui représente une maladie à part entière.

La douleur aiguë survient généralement brusquement, par exemple à la suite d'une blessure ou d'une opération. Ces douleurs sont « banales » dans la vie quotidienne, elles provoquent un trouble provisoire et disparaissent une fois la blessure guérie ou lorsque l'inflammation est résorbée. Nous pouvons dire que cette douleur est limitée dans le temps et peut être soignée en traitant la cause. Nous rappelons également qu'elle constitue un phénomène utile et remplit une importante fonction d'alarme et de protection indiquant que quelque chose n'est pas normal.

Ce qui est essentiel de préciser pour la suite de notre travail, c'est que dès le moment où la douleur perd cette fonction d'alarme positive, elle devient chronique et selon L'institut UPSA de la douleur, nous pouvons parler de douleur chronique après un délai d'évolution d'environ trois à six mois. Précisons qu'elle peut très vite user physiquement et psychiquement la personne et envahir complètement ses pensées et ses émotions, ce qui peut provoquer un certain impact sur les relations avec les autres et elle-même. Il s'agit d'une douleur qui peut se maintenir constamment mais qui peut aussi varier d'intensité en fonction des périodes. Alors lorsque la douleur s'installe, elle est présente à chaque instant de l'existence de la personne et peut très bien lui faire perdre confiance en son propre corps, ce qui entraîne parfois également une perte de confiance en soi et dans le monde en général et provoque quelquefois un sentiment de solitude et d'isolement conséquent. Cette douleur chronique est engendrée soit par des causes organiques et/ou psychiques. Et selon la société suisse pour l'étude de la douleur, il s'avère parfois impossible de définir clairement le facteur déclenchant.

A ce propos, lorsque nous avons rencontré le Dr. Ruedin pour notre entretien exploratoire, il nous a judicieusement fait remarquer que la douleur chronique peut engendrer une souffrance importante mais qu'à l'inverse, une souffrance extrême peut également provoquer de la douleur au niveau physique. Nous souhaitons donc garder à l'esprit qu'il n'y a pas d'ordre prédéfini et que toutes les deux peuvent s'inciter l'une l'autre.

5.3 Ambivalence de la douleur

Au cours de nos différentes lectures, nous nous sommes vite rendus compte de la complexité de ce phénomène. En effet, la douleur s'arrête-elle au niveau physique, est-elle en lien avec les comportements sociaux et relationnels de la personne qui en souffre, provoque-t-elle des répercussions au niveau psychologique ou mental, peut-on la dissocier ou fait-elle partie de la globalité de la personne, provoque-t-elle une souffrance morale ou peut-elle être induite par une souffrance morale ? Toutes ces questions n'ont pas forcément de réponse précise, mais toujours est-il que pour notre recherche, nous avons décidé de partir du principe que la douleur fait partie intégrante de la composition bio-psycho-spirituo-sociale de l'individu, et à nos yeux, ce n'est donc pas uniquement le corps qui endure la douleur, mais l'individu dans sa totalité et ceci peut engendrer des répercussions au niveau personnel et dans les contacts avec le monde extérieur.

Compte tenu de ce qui précède, il nous paraît judicieux de faire un lien avec le concept de souffrance totale (Annexe 15) de Cécily Saunders. Cette représentation place au centre la souffrance dite totale qui est liée aussi bien aux douleurs physiques d'une personne (effets secondaires d'un traitement, insomnie, etc.) qu'aux épreuves psychologiques (mauvaise estime de soi, perte d'espoir, culpabilité, anxiété, dépression, etc.) mais également au domaine spirituel (conflit de valeurs, révolte, besoin de reconnaissance, etc.) et au domaine social (ennuis administratifs, perte de la position sociale, rejet et isolement, dépendance aux autres, pauvreté, etc.) Cette conception nous permet donc d'envisager la personne qui est confrontée à ce genre de situation, dans sa globalité et non pas en clivant ou en séparant chaque domaine bien distinctement.

Nous souhaitons terminer ce chapitre par une citation de M. Le Breton qui va dans la même direction que la représentation que nous avons choisie pour la suite : « La douleur n'est pas physiologique, mais un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre, mais l'individu dans son entier. [...] La géographie confuse, quelque peu diabolique de la douleur, montre combien la réalité du corps renvoie à des significations inconscientes, sociales, culturelles et individuelles » (Le Breton, David. (1995), p. 45)

Nous aimerions également ajouter que par cette prise de position, il nous paraît tout aussi difficile de séparer la douleur physique de la souffrance morale. Pour des raisons pratiques, nous avons toutefois choisi de la présenter séparément, mais en gardant à l'esprit qu'elles sont étroitement liées et qu'elles se provoquent certainement l'une l'autre.

5.4 Qu'est-ce que la souffrance ?

Comme mentionné précédemment, il nous paraît extrêmement difficile d'isoler la douleur de la souffrance et vice versa. Toutefois, dans un but avant tout conceptuel, nous avons également décidé de nous « promener » au travers des différentes définitions et conceptions de la souffrance et ce, dans le but d'un peu mieux la comprendre pour la suite de notre recherche. Comme nous allons le constater par la suite, et à l'instar de la douleur, la souffrance peut revêtir différentes caractéristiques et toucher tout un chacun à des degrés très variables. Dans le cadre de notre travail, il nous semble judicieux de mentionner que la population qui est au bénéfice de l'aide sociale, qui est bien souvent exposée à une situation financière et sociale précaire mais aussi à des soucis de santé parfois importants, peut éprouver plus de fragilité face à de la souffrance et c'est pourquoi nous trouvons important de nous y attarder plus longuement.

Selon l'encyclopédie Universalis, la souffrance peut aussi bien être universelle que particulière, elle accompagne tous les degrés de la crainte et de l'angoisse. Face à elle, la souffrance peut engendrer trois types d'attitudes différentes à savoir, la souffrance affrontée qui peut représenter un sentiment de révolte contre le scandale, l'absurdité ou l'injustice qu'elle constitue ; la souffrance supportée qui peut correspondre à une attitude de résignation devant les nouveaux chemins qu'elle dessine ; ainsi que la souffrance voulue qui ressemble plus à une certaine exaltation de la valeur salutaire d'une épreuve devenue désirable. Dans sa définition, cette encyclopédie pose ainsi la question de l'universalité de la souffrance, en effet, ne participe-t-elle pas à une souffrance originaire et commune qui serait la simple souffrance d'exister ?

Dans le même ordre d'idée, selon Mme Marie-Françoise Salamin, « la souffrance est inhérente à la condition humaine » Cela signifie que même si tout va pour le mieux, personne n'est en mesure de savoir qu'est-ce qu'il va se passer dans les instants suivants. Tout peut basculer et être bouleversé à tout moment, même de manière extrêmement brutale par exemple en raison d'un accident, d'une maladie, d'un échec professionnel, relationnel ou autre. Selon cette auteure, la souffrance revêt de multiples visages.

Il y aurait premièrement les causes dites « naturelles » de la souffrance telles que les intempéries, les virus, la famine, etc. Puis les causes dites « provoquées » par l'homme qui peuvent représenter les guerres, les attentats, les agressions, l'indifférence, la vengeance, etc. Et parmi toutes ces souffrances, il y a celles qui sont bien visibles et qui sont reconnues par autrui, elles suscitent la compréhension, la solidarité, la bienveillance ou encore l'indignation. Il existe également des souffrances qui sont invisibles, « enfouies au cœur de la personne », celles-ci sont bien souvent ni reconnues, ni comprises et peut-être plus difficile à soigner, elles peuvent également provoquer un sentiment d'angoisse, de solitude, de vide ou d'inutilité. Certaines de ces souffrances sont présentes depuis le début de l'existence de la personne telles que les malformations, les maladies génétiques, un milieu défavorisé d'autres sont beaucoup plus brutales comme les maladies ou les accidents. En

plus de ces différentes formes de souffrance décrites ci-dessus, la personne ne vit pas seulement la souffrance au présent, mais peut également être perturbée par son passé ou par la crainte de l'avenir. Face à ces différentes souffrances certaines personnes vont trouver une force pour les affronter, se sentiront remplies de courage et d'énergie. Tandis que d'autres personnes, plus vulnérables, vont se sentir totalement démunies face à l'adversité et démontreront une attitude totalement différente. (Salamin, Marie-Françoise. 2003)

De plus, lors de nos différents entretiens exploratoires, nous avons eu l'occasion de demander à nos interlocuteurs, comment selon eux, le terme complexe de la souffrance dite morale pourrait être défini.

En ce qui concerne Mme Marie-Françoise Salamin, elle la définit comme *la manière dont la personne vit des souffrances physiques, sociales, de l'insécurité, de la solitude ou du manque d'affection. Elle peut se manifester par de la dépression ou des angoisses pouvant être très fortes.* Le Dr. Ruedin a défini à son tour la souffrance morale en disant *qu'elle représente une manière subjective d'intégrer la douleur physique. Elle correspond à un mal qui affecte l'être humain dans son ensemble et qui peut entraîner des difficultés de contrôle. Cependant, l'intégration de la douleur physique peut être très différente selon la personne concernée et sa situation et plus la personne possède de ressources pour faire face à sa douleur, moindre sera sa souffrance.* Quant à Laurence Malgorn, sa définition rejoint en certains points celles des deux personnes citées précédemment. Selon elle, l'être humain n'est pas un assemblage de pièces détachées sans grands rapports entre elles, non, toutes ces pièces sont entièrement liées et représentent un tout, une globalité et *la souffrance affecte donc la personne dans son ensemble. La douleur physique peut induire de la souffrance morale et vis versa, elle rajoute également que certaines personnes ont plus de ressources pour l'affronter que d'autres. La souffrance morale peut être symbolisée par un manque d'amour ou de reconnaissance, de l'isolement et de la solitude.*

Au terme de cet essai de définition et vu les éléments développés ci-dessus, nous proposons de construire la définition que nous allons conserver pour la suite de notre recherche : la souffrance morale représente une manière subjective de vivre et d'intégrer des douleurs physiques et sociales (manque de reconnaissance, insécurité, honte, solitude ou isolement.) Cette souffrance sera abordée différemment selon les ressources et les vulnérabilités de la personne concernée. Elle représente un phénomène individuel, personnel, toujours bien réel pour celle qui l'endure mais ne se mesure pas. Elle correspond à une perception, et ce, au même titre que la douleur physique.

Après avoir défini dans les grandes lignes ce terme, posons nous maintenant la question de l'utilité de cette souffrance. Représente-elle un passage obligé pour aller mieux ou vaudrait-il mieux l'éliminer totalement ? Au-delà des définitions sur la souffrance, nous pouvons également d'introduire une sorte de débat sur ce thème que nous avons rencontré tout au long de nos lectures, à savoir, faut-il éliminer cette souffrance ou au contraire, est-elle utile à un certain moment donné de l'existence de la personne ?

5.5 Rôle de la souffrance ?

Comme nous l'avons mentionné dans la partie précédente, la souffrance peut présenter de multiples visages, des causes différentes mais qu'en est-il de son utilité ? Si nous poussons notre raisonnement à l'extrême, nous pouvons commencer par aborder le terme de la souffrance en mentionnant qu'il correspond au mot latin « passion » avec lequel nous pouvons nous permettre de faire un lien avec la religion catholique qui, dans son idéologie, affirme que la souffrance sauve l'homme en la rapprochant de la passion du Christ.

A titre d'exemple, dans sa définition de la souffrance, le Petit Robert reprend une citation de Baudelaire qui reprend ce point de vue et dit « soyez bénis, mon Dieu qui donnez la souffrance comme un divin remède à nos impuretés » En ce sens, nous pourrions dire que l'acceptation de la souffrance représente une forme possible de dévotion qui rapproche la personne de Dieu et lui permet de purifier son âme. A l'autre extrême, nous pourrions mentionner dans les grandes lignes la philosophie d'Epicure qui mentionne que l'homme doit chercher à tout prix à supprimer la douleur et que la souffrance représente la source de tout le mal.

6 Les hypothèses retenues

Comme nous l'avons vu précédemment avec l'étude de Caritas et les déterminants de la santé, les personnes pauvres sont en mauvaise santé, leur état physique est souvent bien plus diminué. Cette situation nous permet de faire l'hypothèse que : plus l'état de santé est précaire, plus la souffrance morale peut prendre de la place dans le quotidien et de la personne. De plus, bien souvent dans une situation financière difficile, la personne va être en contact avec un assistant social de CMS pour l'évaluation et le suivi d'une situation d'aide sociale, en lien avec les lois et les normes en vigueur.

Alors avec la formulation de notre question de départ, nous nous interrogeons sur la prise en compte de la souffrance ; quand, comment et pourquoi est-elle abordée en entretien par l'assistant social, a-t-elle un rôle à jouer dans la suite du parcours de la personne, et ce, tout en ne perdant pas de vue que l'aide sociale est régie par des lois, des contres-prestations qui peuvent parfois conduire loin d'une relation d'aide et d'une approche centrée sur la personne.

Aussi, tenant compte de tout ce qui précède, nous posons la question de recherche suivante :

« Sous quelles conditions la souffrance morale du client, au bénéfice de l'aide sociale, peut-elle être prise en compte par l'assistant social de CMS, tout au long de son intervention ? »

Pour déterminer les hypothèses de notre recherche, nous sommes partis de notre question de départ et des concepts analysés. Et, fortement influencés du cadre théorique de Rogers, nous en avons dégagé deux hypothèses principales. Cette approche humaniste nous permet de les décliner de la manière suivante :

■ L'assistant social est prêt à entreprendre un travail thérapeutique avec le client.

Cette hypothèse implique un questionnement au niveau des prémices d'un travail thérapeutique, nous parlerons de relation entre « un soignant et un soigné. » Ceci suppose également des limites de chaque professionnel : par exemple, jusqu'où l'assistant social peut aller avant de franchir la limite et le « territoire » d'un psychologue... Est-ce que le fait de mettre en route un travail thérapeutique fait partie des fonctions et des missions de l'assistant social ou est-ce qu'il devrait se contenter uniquement d'un rôle d'écoute ? Cette hypothèse nous permet également de prendre en compte les attitudes fondamentales de l'aidant ainsi que les différentes techniques de communication, que nous estimons nécessaires à tout travail thérapeutique et relation d'aide.

Pour renforcer cette hypothèse de recherche, précisons encore que Mme Marie-Françoise Salamin, psychothérapeute et formatrice en communication, a relevé la pertinence de notre recherche. Selon elle, le fait d'aborder la souffrance morale avec le client en entretien, est une question primordiale car elle est trop souvent sous-estimée. Parler de ce thème permet également de créer un lien avec la personne et de lui offrir un espace d'écoute pour lui permettre d'exprimer ses souffrances. Un des dangers serait d'en parler une seule fois et de ne plus prendre le temps de le faire par la suite.

Cette première hypothèse axée sur la relation d'aide, nous permet de poser différentes sous-hypothèses, à savoir :

- L'assistant social se doit de développer les attitudes fondamentales de l'aidant.
- La souffrance morale fait partie intégrante de la situation générale du client.
- La souffrance morale est abordée dans un second temps, une fois que la relation est installée.
- L'assistant social a les compétences pour aborder la souffrance morale du client ; cela fait partie de sa mission.

■ Le client au bénéfice de l'aide sociale est considéré comme un partenaire.

Cette hypothèse est basée sur le principe de partenariat. Nous proposons une définition de ce terme de Sirotnik et Goodbald, cités par Phillipe Perrenoud qui parlent « d'accord de collaboration mutuelle entre

partenaires égaux travaillant ensemble à réaliser leurs propres intérêts tout en résolvant des problèmes communs.»

Nous remarquons que ce concept implique une relation d'égal à égal, où chacun des partenaires devrait être en mesure de faire des choix, sans rapport de pouvoir, d'influence ou de hiérarchie. De plus, le terme de partenaire suppose également que le client conserve son autonomie et peut dire non à n'importe quel moment, ce qui ne va pas sans poser des difficultés voir un paradoxe avec les normes et les lois d'aide sociale en vigueur. Par autonomie, nous entendons le fait que le client soit en capacité de décider et de choisir sans avoir à rendre de compte à une instance supérieure.

Et afin que le client soit considéré comme tel, cela implique aussi que l'assistant social doit être convaincu que celui-ci est un être fondamentalement capable d'avancer et tourné vers l'avenir, avec des ressources à mobiliser. Sur la base de notre recherche, nous allons être en mesure de déterminer comment le client à l'aide sociale est perçu par le professionnel, est-ce qu'il est vu comme un partenaire ou une personne dépendante ? Est-ce qu'il a certaines libertés de choix ou tout lui est imposé ? C'est ce que nous allons tenter de révéler par l'intermédiaire de nos interviews.

Cette deuxième hypothèse nous amène à formuler la sous-hypothèse suivante :

- Il est nécessaire que son autonomie puisse être prise en compte.

Afin de répondre à toutes ces hypothèses et sous-hypothèses, nous avons élaboré un tableau dans lequel nous avons déterminé les dimensions, les indicateurs et les variables de chacune d'elles. (Annexe 11) A ce stade de notre travail, nous allons maintenant présenter la méthode choisie pour réaliser notre recherche.

7 La méthode

7.1 Le terrain de recherche

Notre recherche porte sur une population homogène avec, en guise de contexte, les centres médico-sociaux (CMS) valaisans de la région francophone, se trouvant aussi bien en plaine qu'en montagne. Aussi, nous avons construit un échantillon « qualitatif » composé de neuf assistants sociaux (quatre hommes, cinq femmes) exerçant leur activité dans ces différents centres.

Pour construire notre échantillon, nous avons procédé en deux temps. Etant donné que nous travaillons au CMS de Sierre, nous avons tout d'abord construit un profil pour les entretiens. Nous avons rempli un tableau auquel correspondaient les données suivantes : âge, sexe, nombre d'années de travail au CMS, nombre de dossiers d'aide sociale, formations de base et formations continues. Nous avons ensuite choisi trois assistants sociaux à interroger, essentiellement suivant les critères de formations de base et continues. Pour ce qui est des entretiens dans les autres CMS du Valais romand francophone, nous leur avons premièrement écrit un courrier explicatif, demandant l'autorisation de prendre contact avec un assistant social de leur service et nous leur avons demandé par la même occasion, leur cahier des charges en lien avec le service social. (Annexe 12) Une fois les réponses positives, reçues de onze centres sur douze, nous avons préparé un autre profil. Nous l'avons construit en fonction de critères géographiques, tels que les CMS de plaine et de montagne mais également en fonction de critères d'organisation, tels que les centres régionaux, subrégionaux et locaux. C'est donc sur cette base que nous avons choisi le CMS de Sierre, Sion, Saxon, St-Maurice, Nendaz et Entremont.

Nous rendons toutefois attentif le lecteur que l'objectif de cette recherche n'est pas de faire une comparaison entre les différentes pratiques professionnelles de tel ou tel CMS mais plutôt d'avoir une vue d'ensemble en ce qui concerne l'approche de la souffrance du client de CMS au bénéfice de l'aide sociale, que celui-ci se trouve en ville ou dans un village de montagne. Pour ce faire, nous avons tenu compte du profil des professionnels interrogés, afin d'en repérer la diversité et de pouvoir vérifier si notre recueil de données concerne un maximum de situations différentes. Avec cette diversité des points de vue, nous répondons aussi à un souci de validité interne, en prenant en compte dans notre analyse la subjectivité humaine, en mettant en contexte les informations obtenues et en les triangulant. Aussi, en fonction de l'approche qualitative retenue, la scientificité

des résultats est obtenue par la multiplication et la diversité des points de vue et non pas par la représentativité statistique de l'échantillon.

7.2 La méthode de recueil des données

Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous avons effectué trois entretiens exploratoires afin d'approfondir davantage notre thématique et de tester la pertinence de notre question de départ avec le thème du travail social.

Afin de récolter les informations nécessaires à notre travail de recherche, nous avons opté pour la méthode de l'entretien semi-directif. (ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises). Avant de réaliser nos interviews, nous avons donc construit une grille d'entretien nous permettant de vérifier nos hypothèses, sous-hypothèses et indicateurs. Par la suite, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant huit questions principales et différentes questions de relance qui nous ont permis de faire le lien avec nos indicateurs. Ce guide d'entretien comprend également une présentation de l'interviewé selon différents critères. (Annexe 13). Afin de valider cet outil de recueil de donnée, nous avons soumis ce guide d'entretien à évaluation, au moyen d'un premier entretien. Après ce test, nous n'avons pas modifié nos questions principales mais nous avons changé la formulation de quelques questions de relance afin qu'elles soient plus ouvertes.

Nous avons donc utilisé ce questionnaire comme fil rouge et nous avons organisé nos entretiens, enregistrés, en fonction des réponses apportées par les personnes et en fonction de leurs réactions. Ce procédé a permis aux professionnels interrogés de développer plus précisément certaines données, représentations mais aussi d'enrichir et de nuancer leurs réponses à tout moment. L'analyse du contenu des interviews nous a permis de vérifier la réalisation de nos objectifs, de développer et d'étayer nos hypothèses de recherche. Nous avons retranscrit littéralement les neufs entretiens séparément, puis, nous avons classé chaque entretien dépouillé en fonction des indicateurs figurant dans notre grille de dépouillement. Nous avons ensuite fait une synthèse de toutes les grilles de dépouillement, et ce, dans le but de regrouper les données de chaque assistant social sous l'indicateur correspondant. Nous avons ensuite analysé chaque indicateur distinctement.

Nous profitons pour définir ce que nous entendons par le terme de représentation social. A ce propos, Moscovici définit les représentations comme étant : *« des systèmes de valeurs, des idées et des pratiques dont la fonction est double : en premier lieu, établir un ordre qui permettra aux individus de s'orienter et de maîtriser leur environnement matériel, ensuite faciliter la communication entre les membres d'une communauté en leur procurant un code pour désigner et classifier les différents aspects de leur monde et de leur histoire individuelle et de groupe. »* (Jodelet, D. 1989, p.10)

Les avantages de cette méthode sont de permettre un approfondissement de la thématique, une liberté d'action de la méthode, une liberté de réponse de l'interviewé, un partage d'expériences, une « profondeur » des éléments recueillis, sens et nuances fournies ainsi qu'une possibilité de reformulation, de précision et de développement dans les questions et les réponses.

A l'inverse, la souplesse de cette méthode de travail peut perturber ceux qui ne peuvent travailler sans directives précises. Parfois aussi, cette souplesse peut au contraire laisser penser aux chercheurs qu'ils peuvent s'entretenir n'importe comment avec leurs interlocuteurs. Une autre limite de cette méthode est que contrairement aux enquêtes par questionnaire, les éléments d'informations et de réflexion recueillis par la méthode d'entretien, ne se présentent pas directement sous une forme qui permet un mode d'analyse spécifique. Ceci implique que la méthode de recueil des données et la méthode d'analyse des informations recueillies doivent être construites simultanément. (Campenhoudt, L.V. Quivy, R. 1995. p. 174 à 176)

7.3 L'aspect éthique

Nous trouvons important et nécessaire de respecter la personne interviewée ainsi que les informations qu'elle nous transmet. Aussi, il paraît essentiel que tout ce qui a été dit, reste anonyme. En effet, chaque personne interrogée est unique et possède ses propres valeurs, normes, idées et qualités. En la respectant en tant que personne à part entière et professionnelle, nous satisfaisons le principe éthique du respect de la dignité humaine. Afin d'éviter tout jugement de valeur ou opinion sur les informations recueillies, nous veillerons à construire une méthode d'analyse adaptée à notre méthode d'entretien.

Avant tout entretien, nous avons systématiquement informé la personne interviewée sur l'objet de notre recherche, sur notre méthode et sur le traitement de nos résultats. Celle-ci a pu disposer d'un temps de questions, puis, en toute liberté et pleine connaissance de cause, nous donner son consentement pour l'interview, par écrit, en signant le consentement libre et éclairé. (Annexes 14) Toutefois, nous avons spécifié à chaque interlocuteur son droit de changer d'avis à tout moment et que ceci doit être respecté. Ainsi, lorsque la personne interrogée a donné son aval, nous avons pu effectuer l'interview, et ce, dans le respect des décisions et des limites de chacun.

8. L'assistant social face à la souffrance

Nous avons choisi d'organiser notre analyse en fonction de nos deux hypothèses principales, à savoir : **l'assistant social est prêt à entreprendre un travail thérapeutique avec le client au bénéfice de l'aide sociale et le client au bénéfice de l'aide sociale est considéré comme un partenaire.** Pour ce faire nous allons nous intéresser aux indicateurs et dimensions de chacune des sous-hypothèses correspondantes en analysant les données recueillies lors de nos différents entretiens auprès des professionnels. Cette méthode nous permettra de déterminer s'il existe par exemple une unité professionnelle ou si les pratiques et les points de vues sont diversifiés voir opposés ou bien encore s'il y a plutôt une gradation possible. Nous allons également argumenter notre analyse au moyen de liens théoriques et de citations d'entretien. Une fois cette partie réalisée, nous serons en mesure de nous positionner par rapport à nos deux hypothèses de départ.

8.1 Le travail thérapeutique

8.1.1 Les attitudes fondamentales de l'aidant

La sous-hypothèse concernant les attitudes fondamentales de l'aidant est séparée en deux dimensions distinctes, une dimension structurelle ainsi qu'une dimension relationnelle. Ces dimensions sont organisées en fonctions de différents indicateurs dont nous pourrions dire qu'il s'agit de pré requis nécessaires pour établir une relation thérapeutique avec le client. Au fur et à mesure de notre analyse, nous allons reprendre chaque indicateur et distinguer ce que les professionnels interviewés nous ont exprimé à leur sujet.

8.1.1.1 La dimension structurelle

- Lieu d'accueil

Seuls deux assistants sociaux, sur les neufs interviewés, nous ont parlé de la mise à disposition d'un lieu d'accueil. Nous y trouvons des avis différents sur le temps accordé à l'expression de la souffrance, du point de vue des aspects formels (rendez-vous), de la disponibilité : *« ce qui est important c'est la capacité et le temps de disponibilité accordé aux gens, votre disponibilité intérieure dont on est pas toujours maître d'ailleurs et la disponibilité du temps »* ou des injonctions de la hiérarchie.

- Système d'accueil général

Une seule remarque est faite sur cet indicateur : *« on a un système d'accueil chez nous... les situations elles sont prises par le secrétariat qui les dirige à l'AS de référence, c'est chaque jour un AS différent. »*

Nous pouvons nous interroger sur cette absence de données, peut-être en effet, que la méthode et les questions posées ne favorisaient pas une réponse du professionnel à ce sujet. Mais nous avançons l'hypothèse que s'il y a autant peu de données par rapport à cet indicateur, c'est aussi peut-être volontairement que les assistants sociaux n'en ont pas parlé. Ils ont peut-être uniquement questionné leur pratique professionnelle et pas forcément la pratique générale de l'institution et le système d'accueil établi ?

- Système d'accueil personnel

Bien que tous les professionnels utilisent une attitude d'ouverture puis de recadrage, toute la différence réside dans leur capacité de laisser les personnes s'exprimer, dans le temps accordé, dans la recherche d'informations

sensibles. Les attitudes vont de la mise à disposition complète à la résolution des situations d'urgence. La diversité des situations traitées et l'expérience peut expliquer ces différences. Nous pouvons cependant nous demander comment les situations urgentes sont repérées et surtout quelles sont leurs caractéristiques ?

- Espace de parole et d'écoute

Nous constatons dans notre analyse que l'assistant social semble très ouvert et disposé à laisser un espace de parole et d'écoute suffisant pour le client. Par contre, nous relevons aussi que cet espace est souvent réduit, petit, parce qu'il faut aller à l'essentiel du dossier d'aide sociale. Toutefois, les attitudes sont plutôt graduées, entre l'assistant social qui est extrêmement ouvert au départ, un autre un peu moins, mais bien qu'il y ait dans tous les cas cette ouverture plus ou moins grande selon le professionnel, il y a un recadrage qui se fait par la suite. C'est souvent dans le premier contact, le premier entretien avec la personne que l'espace de parole et d'écoute est le plus grand. Là encore, nous y trouvons des avis différents sur le temps accordé à l'expression de la souffrance, de la disponibilité et de la manière de s'y prendre.

- Technique personnelle d'entretien

Cette dimension est abordée par huit assistants sociaux interrogés. Et bien que certains, là encore, soient plus cadrant que d'autres, tous disent laisser de la place pour les émotions. Différentes techniques d'entretien sont appliquées pour laisser le client s'exprimer. *« je laisse la personne dire un peu ce qu'elle veut...je vais pas forcément être très directive en entretien mais sur la fin toujours... faut quand même qu'on ait abordé un peu tous les problèmes on est là quand même pour avancer et pis euh c'est vrai que vers la fin je cadre souvent assez plus précisément » « au départ je laisse très ouvert et puis après je resserre, ça veut dire que je vais laisser s'exprimer énormément et pis après en fonction de ce qu'elle m'a dit je vais essayer de la guider »*

Nous trouvons par contre une unité dans les pratiques car en aucun cas il n'y a une procédure rigide qui s'applique. L'entretien est à chaque fois particulier et le professionnel adapte son attitude et sa pratique en fonction du client. Ceci est dû à la diversité des situations suivies et des problématiques qui sont différentes.

« Ma procédure est basée sur l'expérience que j'ai et je fais pas systématiquement la même façon avec M. x ou Mme y. ... l'attitude sera différente automatiquement » « des fois je les aide en leur posant des questions » « je suis quelqu'un d'assez valorisant » « j'aime assez donner l'objectif de la rencontre » « j'utilise pas, j'ai pas un canevas précis moi c'est au feeling quoi c'est au pif » « je crois qu'on s'adapte en fonction de la personne qu'on a en face et on a surtout intérêt » « c'est vraiment d'essayer de s'adapter un petit peu en fonction de la ... de la personne »

- Technique personnelle de recueil des données

Pour cette dimension huit professionnels nous ont transmis leur manière de faire. En ce qui concerne le recueil des données en lien avec une situation, nous retrouvons une diversité de point de vue et de méthode. En effet, chaque assistant social a sa propre entrée en matière pour récolter des informations. Cependant, si tous recherchent les mêmes informations principales, la différence réside dans leur manière de procéder. Nous pouvons y retrouver une sorte de gradation au niveau des documents administratifs généraux utilisés : Soit les formulaires généraux ne sont absolument pas utilisés : *«Alors il y a un listing mais en fait je ne l'utilise plus, je sais plus ou moins qu'est-ce qui faut et puis c'est bon... »* ; soit ils le sont partiellement pour permettre une porte d'entrée et servent de supports à la discussion et à la recherche d'éléments significatifs pour le dossier : *« en principe je prépare juste la feuille bleue, la demande d'aide, comme pour tout le monde et puis, je demande à la personne, juste le nom et la date de naissance... je ne demande rien d'autre pour remplir le formulaire et pis après je dis une question ouverte style qu'est-ce qui vous amène ou qu'est-ce qu'on peut faire pour vous mais plutôt qu'est-ce qui vous amène ou qui vous arrive... un truc comme ça et pis après je laisse aller la discussion et pis je note un peu au fur et à mesure dans les petites rubriques qu'on a en style télégraphique un ou deux trucs pour pas être tout le temps en train de noter quand la personne parle... »* ; soit ils le sont totalement et servent plutôt de fil rouge qui va guider l'entretien : *« Pas des questions, j'ai des documents, j'ai une liste de renseignements et de documents dont j'ai besoin et pis ça ça sert un peu de support à la discussion. Ça permet de cocher si après j'ai besoin d'un petit papier ou pas... »*

Ceux qui ne se servent pas de document comme porte d'entrée à la discussion, vont certaines fois partir de questions très ouvertes et larges qui sont bien souvent recadrées par la suite. D'autres sont attentifs, avant tout, à relever le non verbal et le comportement du client. Un autre, va utiliser la méthode de l'entonnoir, partir du général pour arriver au particulier et se construire une « *photographie de la situation* ».

Nous pouvons relever que chacun est assez au clair sur sa technique de récolte des données et sa manière de procéder. Contrairement aux techniques personnelles d'entretien qui semblent s'adapter au client, les techniques personnelles de recueil des données varient peu en fonction du client. Le professionnel utilise presque toujours la même procédure. Même si certains s'en tiennent beaucoup aux canevas, aux procédures et d'autres ont le plan en tête et ne suivent pas forcément de canevas, ils savent tous les informations nécessaires qu'ils doivent avoir à la fin de l'entretien. En fin de compte, peu importe la manière, au niveau du résultat, chaque assistant social a ce qu'il lui faut pour constituer son dossier.

Nous avons également croisé les données entre les professionnels qui se montrent plus sécurisés par l'utilisation de supports et de documents pour la récolte des informations et ceux qui laissent plutôt la discussion très ouverte. Nous avons pris en compte le nombre d'années de travail au CMS et le nombre de dossiers d'aide sociale afin de déterminer si l'expérience peut influencer la technique de recueil des données.

- Assistants sociaux sécurisés par un formulaire : 3 ans de travail au CMS et 20 dossiers d'aide sociale / 5 ans et 28 dossiers.
- Assistant sociaux qui n'utilisent pas un formulaire : 10 ans de travail au CMS et 45 dossiers d'aide sociale / 8 ans et 19 dossiers / 17 ans et 50 dossiers.
- Assistants sociaux qui partent du formulaire et ouvrent la discussion : 9 ans de travail au CMS et 30 dossiers d'aide sociale / 20 ans et 10 dossiers.

Bien évidemment, ces données ne sont pas suffisantes pour tirer des conclusions générales, mais nous pouvons toutefois remarquer ici que si le nombre d'année de travail au CMS est inférieur ou égal à 5 ans, le professionnel se sentira plus sécurisé par un document administratif. Les professionnels qui ont plus de 8 années de travail au CMS se détachent plus facilement des formulaires. Nous ne pouvons par contre pas faire de liens avec le nombre de dossiers d'aide sociale traités.

Nous souhaitons terminer l'analyse de cette dimension en relevant que les informations sur la souffrance morale des clients ne sont pas vraiment utiles pour la constitution du dossier d'aide sociale et ne font pas partie des renseignements généraux ; elles sont donc assez peu abordées. Un seul professionnel en parle spontanément en expliquant sa technique de recueil de donnée : « *c'est vrai que si je vois la personne qui est male dans sa peau alors j'essaie d'aller chercher ... pour euh essayer de connaître quelle est la douleur, quel est le mal... y a pleins de contextes mais je pense c'est euh euh, avec l'expérience, c'est des choses qui viennent automatiquement et c'est bien de dégager aussi ces choses là* » Pour les autres il ne s'agit pas d'une priorité, ça ne fait pas partie des thèmes généraux cités : « *je cadre un peu plus parce que souvent au bout d'un moment, ils répètent les mêmes choses les gens, surtout si c'est un peu affectif* » « *je tâche quand même d'aborder les thèmes principaux ben l'argent l'aide sociale, d'expliquer les normes* » « *je sais de quels renseignements j'ai besoin à la fin de l'entretien, donc soit des renseignements financiers, des documents que la personne doit m'apporter* », « *je dirais essentiellement la situation socio-économique un petit peu...la situation financière...le parcours de vie professionnelle* ».

Une des questions que nous pouvons nous poser à ce stade de l'analyse serait de se demander si la souffrance du client est toutefois abordée mais pas évoquée par le professionnel spontanément ? Mais est-ce la question qui ne favorisait pas une telle réponse ou est-ce que les assistants sociaux n'y sont que très peu attentifs lors de la constitution du dossier d'aide sociale ? Comme nous l'avons vu précédemment dans notre partie conceptuelle, la souffrance morale, au même titre que la douleur, est quelque chose de difficilement mesurable, cela dit, ne devrions-nous pas faire en sorte qu'elle apparaisse à un certain niveau de la discussion ou alors sensibiliser davantage les professionnels à en parler et à l'aborder en leur donnant les moyens et les outils nécessaires pour le faire ?

- Protection et transmission des données

Les neuf assistants sociaux interrogés ont parlé de cet indicateur. En effet, la question posée lors de nos entretiens a favorisé le fait que tout le monde en parle, cependant après analyse, nous remarquons que tous les professionnels nous ont transmis énormément d'informations quant à la protection et à la transmission des données. Alors nous faisons l'hypothèse que la démarche a permis une réelle interrogation des pratiques et démontré une certaine préoccupation.

Nous pouvons cependant remarquer que les informations recueillies à propos des souffrances morales des clients ne feraient pas partie « *des informations générales pour bien travailler* » et ne seraient pas non plus vraiment essentielles aux dossiers « *C'est des éléments qui sont utiles au dossier qui sont notés et c'est sûr que si on rentre dans les histoires un peu trop de souffrance et d'explications... c'est plus compliqué pour la personne qui reprend le dossier.* » Nous remarquons également une certaine impossibilité de développer un langage clair et compréhensible sur les données concernant la souffrance morale : « *je pense que c'est utile pour la personne même mais les sentiments souvent ça reste bien en tête il n'y a pas besoin de les noter et pis ça peut avoir un poids...* » En effet, elle n'est jamais notée ou abordée précisément, toujours vague et imprécise, elle n'est pas inscrite « *si c'est vraiment trop privé* », il y a énormément de prudence à en parler, de retenue et nous avons l'impression que la souffrance représenterait quelque chose de tabou. C'est quasiment toujours des traces écrites approximatives et bien souvent il s'agit d'informations transmises uniquement par orale tout en préservant la confidentialité et la confiance de la personne.

Tous les professionnels nous ont répondu sur leur manière formelle de transmettre et d'inscrire les informations en liens avec les souffrances morales de clients, aussi bien dans leur journal de bord que dans les rapports d'aide sociale établis à l'attention des autorités.

Concernant les dossiers et les journaux de bord, les pratiques ne sont pas uniformes, elles sont plutôt opposées. En effet, cinq assistants sociaux n'inscrivent que très peu d'éléments, qui plus est très très généraux et uniquement s'ils les estiment « *utiles au dossier* » et ceci pour diverses raisons telles que le fait que « *n'importe qui peut les consulter* », que les journaux peuvent être lus par d'autres personnes que les assistants sociaux ou bien encore que si « *on entre dans les histoires un peu trop de souffrance et d'explication...c'est plus compliqué pour la personne qui reprend le dossier.* » A l'inverse, quatre assistants sociaux, dont trois dans le même centre, notent systématiquement des éléments en lien avec la souffrance morale exprimée par le client, ils signalent et marquent les éléments en détails dans le dossier du client « *bien sûr, c'est noté, c'est décrit, j'utilise le terme souffrance, désorientation, pleures, angoisses, craintes... tout à fait et c'est noté dans mon journal de bord tout simplement, ouai, je le note systématiquement* »

Pour ce qui est des rapports transmis aux autorités de décisions, nous trouvons des procédures diversifiées mais quand même assez proches pour sept assistants sociaux qui abordent la souffrance morale dans leurs rapports de très rarement à systématiquement mais tout en utilisant des termes extrêmement généraux et en donnant des « *information d'ordre général.* » Ils en disent « *le moins possible* », restent « *très laconiques* » quant aux informations transmises ou utilisent des « *tournures de phrases qui sont juste un petit rappel.* » A l'inverse, deux assistants sociaux utilisent et se servent des informations relatives à la souffrance morale du client et ce, dans le but « *d'appuyer la demande d'aide financière* » et « *d'avoir un peu de compassion de la part des décideurs.* »

A ce stade de notre développement, nous remarquons que la souffrance morale est aussi utilisée pour avoir la compassion des gens qui lisent le dossier d'aide sociale et quelques questions que nous trouvons judicieuses de relever ici sont : Est-ce que cela peut influencer certaines décisions qui devraient être prises ? Qu'elle est l'utilité de parler de la souffrance et de la prendre en compte ? Qu'en est-il de la relation thérapeutique, est-ce que ça sert uniquement à influencer les décisions ? Le professionnel la prendrait-il en compte uniquement pour faire accepter des décisions ou est-ce que cela pourrait amener d'autres éléments positifs à la situation ?

Dans cette dimension, nous nous sommes plus attachés au côté formel de l'entretien et des attitudes fondamentales de l'aidant, des procédures et des techniques d'entretien ou de recueil des données. Nous allons maintenant passer à une dimension relationnelle qui nous permettra peut-être de trouver des réponses à nos questions énumérées ci-dessus.

8.1.1.2. Synthèse de la dimension structurelle

Cette partie nous apporte un certain nombre d'éclaircissements sur les aspects structurels et les techniques professionnelles d'entretien et d'accueil en lien avec la souffrance morale ressentie par le client.

- Tous les professionnels laissent de la place à cette souffrance et aux émotions qui sont souvent fortes et présentes.
- Nous remarquons des attitudes d'ouverture puis de recadrage quasi systématiques dans les pratiques professionnelles
- L'espace de parole et d'écoute destiné à la souffrance ressentie par le client est souvent réduit, petit, parce qu'il faut aller à l'essentiel du dossier d'aide sociale, cela implique que la souffrance est reléguée aux éléments qui viennent ensuite. Elle ne semble pas essentielle ni prioritaire dans la constitution du dossier d'aide sociale.
- Il ressort également qu'il n'y a pas de procédure rigide concernant les techniques d'entretien des professionnels. Chaque entretien est particulier et le professionnel adapte bien souvent son attitude et sa pratique en fonction du client. Ceci est dû à la diversité des situations suivies et des problématiques différentes.
- Tous les professionnels recherchent les mêmes informations principales, la différence réside dans leur manière de procéder. Chacun est au clair sur sa manière de fonctionner.
- Nous relevons une certaine impossibilité de développer un langage clair et compréhensible sur les données concernant la souffrance morale, en effet, il y a une énorme prudence à en parler, comme si la souffrance morale représentait quelque chose de tabou. Les mots utilisés pour évoquer la souffrance sont souvent des termes très généraux, évasifs voir laconiques.
- Certains professionnels utilisent la souffrance ressentie par le client pour obtenir la compassion des décideurs.

8.1.1.3. La dimension relationnelle

Comme nous l'avons décrit précédemment dans la partie conceptuelle, nous nous sommes fortement inspirés de la psychologie humaniste et notamment de Rogers, pour formuler nos hypothèses de travail. En ce qui concerne cette dimension relationnelle, nous pouvons aisément faire un lien théorique avec l'approche centrée sur la personne qui met l'accent sur la qualité de la relation entre le professionnel (thérapeute) et le client. Nous l'avons dit tout à l'heure, pour que cette qualité de relation soit atteinte, il existe trois concepts essentiels qui sont l'authenticité, la compréhension empathique du client ainsi que l'estime positive inconditionnelle. Ces attitudes font partie des techniques de communication et représentent des outils de travail essentiels dans le suivi d'une situation quelle qu'elle soit. Nous avons donc choisi des indicateurs tels que l'investissement professionnel et émotionnel ; les qualités individuelles essentielles à la relation – création d'un lien, la disponibilité, l'empathie, la sensibilité, l'écoute active ou encore la reformulation et la confrontation et ce, afin de déterminer si l'assistant social est prêt et dispose des outils nécessaires pour entreprendre un travail thérapeutique avec le client. (Relation de soignant et soigné)

- Investissement professionnel et émotionnel

Après analyse, nous avons remarqué que les professionnels interrogés sont en mesure et prêts à s'investir professionnellement et émotionnellement dans la relation avec le client, tout en restant pourtant vigilants à certains moyens de protection comme le fait de trouver leur place dans la relation, de rester attentifs à leur propre souffrance mais aussi de bien préciser et clarifier préalablement le rôle et l'aide qu'ils peuvent apporter en ne perdant pas de vue leurs propres limites.

En effet, en cherchant des informations relatives à cet indicateur, nous avons été surpris par certaines réponses des professionnels qui ont tout d'abord mis en avant leur propre souffrance et difficulté à établir une relation pour pouvoir mieux accueillir celle du client. Ces réponses ont fait émerger un élément auquel nous n'avions pourtant pas fait référence dans notre interview. Les réponses données ont plus été axées sur le côté professionnel et la distance nécessaire à trouver dans la relation avec le client. Lorsqu'il y a trop de souffrance exprimée par le client, « ça nous touche mais le problème de l'assistant social dans un cas comme ça, c'est de pouvoir à la fois donner une aide au client et pis à la fois avoir assez de distance pour ne pas se faire embarquer dans une

histoire sentimentale... alors ça c'est en théorie et c'est pas toujours si simple... ça fait partie du métier que de se dissocier.» Alors bien que les assistants sociaux interrogés se disent être attentifs à la souffrance ressentie par le client, un de leur moyen de protection, est d'être tout aussi attentif à leur propre souffrance, leurs résonances, à la distance nécessaire et quasi salutaire à trouver pour ne pas se laisser envahir par la souffrance du client.

Les attitudes et la disponibilité du professionnel peuvent varier d'une situation à l'autre, mais également d'un jour à l'autre, *« certains jours vous pouvez être en pleine forme et faire face très facilement à de grandes difficultés que les gens vous amènent, vous présentent ou déballet dans les bureaux et certains jours où vous êtes un petit peu moins bien »* cela dit, l'objectif reste toujours le même, il est nécessaire pour le professionnel de trouver les moyens indispensables pour rester en mesure d'accueillir la demande du client *« d'où le travail important qui doit être fait sur soi-même, problème de recul, problème d'hygiène mentale »*, pour ne pas se laisser envahir par la demande des gens, *« ça serait catastrophique, et puis l'autre aspect, il ne faut pas fuir la demande des gens ce qui est tout aussi catastrophique et à ce moment là on fait autre chose... mais c'est pas toujours facile de se situer à la bonne place »*. Un des professionnels amène le terme de supervision qui lui a été essentielle à un certain moment car il traversait les mêmes souffrances que les clients et pour être en mesure d'avoir une attitude professionnelle et aidante, il a d'abord effectué un travail sur lui-même dans le but de pouvoir s'investir davantage professionnellement et émotionnellement dans la relation : *« il y a eu certaines périodes où j'étais moi-même en pleine crise euh où je recevais des personnes qui étaient dans la même crise... où je devais faire un travail sur moi pour pouvoir gérer et pis de remettre à une autre personne en supervision ce que j'étais en train de vivre... par ce que c'est pas tenable suivant quelle souffrance on vit ! »*

Avec cette étude, nous pouvons faire le lien avec les concepts de Rogers et nous poser la question de l'authenticité du professionnel. N'est-ce pas la capacité du thérapeute à ne pas se cacher à lui-même aucun des sentiments qu'il est en train d'éprouver et qu'il est ainsi disposé à vivre de manière transparente tout sentiment persistant dans la relation et de le faire savoir au client ? Il s'agirait plutôt d'éviter de présenter une façade ou de se cacher derrière un masque de professionnalisme. Rajoutons encore que pour Rogers, l'élément le plus important du thérapeute dans la relation est sa capacité à être authentique et c'est lorsque le thérapeute est naturel et spontané qu'il semble être le plus efficace. Mais est-ce vraiment le cas des professionnels que nous avons interrogés ?

Le fait de clarifier le rôle du professionnel et les possibilités d'aide qu'il peut apporter au client, est également un moyen de protection vu par les assistants sociaux pour ne pas s'investir démesurément dans la relation. Nous retrouvons dans les réponses données, une certaine unité professionnelle à propos de l'importance de ne pas dépasser ses limites, cela du fait que l'assistant social n'est pas un héros qui peut tout résoudre et tout prendre sur lui si facilement. Il est nécessaire de trouver des solutions pour s'épargner afin de rester dans une attitude professionnelle : *« on peut pas tout faire et on peut pas tout résoudre parce que sinon d'abord on serait pas bien soit même, et pis on pourrait plus très bien aider les gens »*, *« c'est important de pas aller trop loin, de pas dépasser une certaine limite parce que ça ne deviendra plus professionnel »*, *« je pense qu'on a pas à porter les situations des clients... on a un certain travail à faire, on a un devoir professionnel et pis en dehors de ça euh non enfin personnellement je vais pas aller plus loin... je sais mes limites en tous les cas, surtout si à quelque part je viendrais à en souffrir »*, *« c'est peut-être savoir jusqu'où sont nos limites pour pas souffrir de ça et pis pouvoir mieux aider les gens. »* L'attitude est de ne pas faire croire que le professionnel pourra tout résoudre. Quant aux limites, elles paraissent claires pour chaque professionnel qui en parle, mais difficilement évocables car elles n'ont jamais été décrites précisément.

- Qualités individuelles essentielles à la relation – création d'un lien

Tous les assistants sociaux interrogés ont abordé dans leurs réponses des éléments relatifs à cet indicateur. A ce propos nous pouvons remarquer une diversité des techniques et des attitudes du professionnel dans le but d'instaurer une relation d'aide. Bien que tous soient attentifs à créer un lien avec le client, nous ne retrouvons que peu d'unité professionnelle dans la manière de s'y prendre. Aussi pour deux d'entre eux, le fait de permettre au client d'avoir confiance en l'assistant social et ce, en *« tenant le cadre »* et les engagements pris demeure prioritaire, *« il faut les respecter car sinon la relation se détériore »*. Pour deux autres professionnels, c'est le fait *« d'avoir une écoute active de la personne, de vraiment l'écouter et de lui laisser une large place pour qu'elle puisse s'exprimer ... une attitude d'empathie »* qui permettrait de mettre en place une relation d'aide et de créer un lien avec le client. Pour deux autres, la première attitude essentielle dans la relation, serait *« d'essayer l'aller*

chercher la personne là où elle se trouve... la rejoindre », de faire en sorte d'« être sur le même niveau de relation... le même palier », dans ce but, l'un d'entre eux parle d'une « *approche maternelle* » qui « *permettrait d'aller vers, de pouvoir essayer de comprendre et de soulager* » le client ainsi que d'une « *approche paternelle* » qui serait « *plus en rapport avec l'aspect structuré* » et formel. Un professionnel parle aussi du fait de sa manière de conforter, de rassurer le client, de « *positiver ce qui reste et de montrer qu'il peut y avoir une lumière à quelque part* » tout en étant attentif à ne pas juger la personne. Pour un autre professionnel, l'objectif premier dans toute relation à créer est que « *la personne revienne* » et souligne l'importance du premier contact avec le client. Enfin, un autre professionnel utilise une attitude plutôt « *naturelle* » qui favorise grandement la relation qui lui permet d'avoir « *facilement droit aux confidences des gens* ».

Si chaque assistant social a sa manière de procéder, nous remarquons toutefois l'importance et la nécessité de la relation qui peut se créer entre le professionnel et le client. « *c'est vraiment la relation que l'on va créer avec la personne j'ai l'impression qui va faire qu'à un moment donné elle arrive peut-être à s'en sortir ou bien elle va sombrer complètement* », « *c'est en fonction de la relation qu'on peut établir avec les gens que toutes ces choses passent* », « *j'ai l'impression que la relation qui se crée là elle peut avoir un effet thérapeutique* ».

Notons encore un élément en lien avec notre recherche, la souffrance morale n'est pas abordée comme telle dans cet indicateur, elle est uniquement assimilée par deux fois au terme confiance : « *ils peuvent venir se confier par rapport à leurs problèmes* » et « *je suis quelqu'un qui a facilement droit aux confidences des gens* ».

- **Disponibilité, empathie, sensibilité, écoute active, reformulations et confrontations**

Cet indicateur aurait aussi pu être lié au précédent car les items décrits ci-dessus font entièrement partie des attitudes fondamentales de l'aidant mais aussi des qualités individuelles nécessaire à la relation d'aide. Comme nous les avons initialement séparés, nous les analyserons également séparément tout en ne perdant pas de vue qu'ils peuvent se regrouper.

Nous remarquons une sorte de graduation au niveau de la disponibilité et du temps accordé à la souffrance ressentie et exprimée par le client. En effet, les pratiques professionnelles sont diverses, nous retrouvons des assistants sociaux qui disent avoir très peu de temps pour le faire : « *on a de moins en moins le temps de le faire mais je pense que le peu de temps qu'on met même s'il est très petit ça va être aidant pour la suite et ça aura un effet thérapeutique pour la personne* ». D'autres qui accordent du temps, même très largement à cet effet : « *si vous voyez une personne en difficulté, vous acceptez ses difficultés et si vous commencez à discuter et qu'elle se met à pleurer ou des choses comme ça, on est bien dans le domaine de la souffrance, là c'est normal d'accueillir et d'accepter tout ça* », « *on écoute les larmes, on entend les larmes, on laisse de l'espace pour celles-ci et ça je crois que c'est très important moi j'ai aussi tendance à toucher les gens c'est à dire que si je vois qu'ils sont très émotionnés, ça va peut-être être une main qui va se poser sur la main ou serrer la personne en fin d'entretien pour essayer de lui redonner un peu de courage ou d'énergie* ».

Certains professionnels accordent bien plus d'ouverture au premier entretien, les suivants sont plus dirigés « *la première fois t'es vraiment ouverte à toute écoute, la deuxième fois t'es déjà plus dirigée* ». D'autres professionnels, « *par respect vis à vis du client* », sont en mesure de laisser un espace réservé à tout moment « *même s'ils n'ont pas forcément rendez-vous* » pour aborder des souffrances. Avec cette analyse, nous relevons un certain manque de considération pour l'entretien d'aide et de soutien chez certains professionnels. Nous n'en faisons toutefois pas une généralité, mais nous nous demandons s'il s'agit du contexte d'aide sociale qui induirait le fait que les professionnels accordent peut-être plus de temps pour le côté administratif et la constitution du dossier et ce, plutôt au détriment de la relation d'aide ?

8.1.1.4 Synthèse de la dimension relationnelle

Ce chapitre permet de mettre en évidence certains aspects de la dimension relationnelle et des attitudes fondamentales de l'aidant.

- L'assistant social est prêt à s'investir professionnellement et émotionnellement dans la relation pour autant qu'il soit attentif à des moyens de protection personnelle pour ne pas se laisser envahir par la souffrance du client. Il est important de ne pas perdre de vue ses limites.

- La souffrance du professionnel et la distance à trouver dans la relation sont également mises en avant.
- Les attitudes et la disponibilité du professionnel peuvent varier d'une situation à l'autre, mais également d'un jour à l'autre.
- L'importance de ne pas dépasser ses propres limites.
- L'importance et la nécessité de la relation qui peut se créer entre le professionnel et le client.
- La souffrance morale n'est quasiment jamais nommée comme telle, elle est souvent assimilée aux confidences.
- Nous relevons également un certain manque de considération pour l'entretien de soutien.

8.1.2 La place de la souffrance morale

8.1.2.1 La dimension bio-psycho-sociale

Nous partons du principe que la souffrance morale fait partie intégrante de la situation générale du client au bénéfice de l'aide sociale. Nous ne pouvons pas la dissocier, elle fait partie d'un tout qui constitue la personne dans son entier et inclut aussi bien la douleur physique et la santé, les aspects psychologiques (mauvaise image de soi, anxiété, culpabilité, etc.) la spiritualité et le domaine social (ennuis administratifs, perte de position sociale, dépendances aux autres, rejet, isolement, etc.) Nous avons donc basé notre analyse sur les indicateurs suivants que nous trouvons pertinents dans le but de faire émerger les différents positionnements des professionnels interrogés : le sentiment d'utilité, la perte de la position sociale, la dépendance aux autres, les demandes, attentes et besoins pris en compte ainsi que l'état de santé.

- Sentiment d'utilité

Seul un professionnel aborde cet indicateur en entretien et mentionne qu'il reste attentif à « trouver quelque chose que redonne l'impression à la personne d'être utile. » Les questions posées lors de l'interview ne favorisaient pas une réponse directe en lien avec cet indicateur.

- Perte de la position sociale et représentation de la pauvreté

Nous constatons, dans notre analyse, que les neufs assistants sociaux interrogés abordent cet indicateur. Nous retrouvons d'ailleurs une certaine homogénéité concernant la typologie de clients suivis dans chaque CMS concerné. Nous en avons ressorti les différentes catégories décrites et présentes qui font appel au service social pour obtenir de l'aide.

Les professionnels commencent par préciser que cette situation de détresse « *ça peut être tout le monde* » et que ça peut « *toucher tous les âges* » à un moment donné d'un parcours de vie. Toutefois la catégorie la plus fréquemment citée représente celle des jeunes en rupture, puis les personnes confrontées à des difficultés avec une assurance sociale (chômage, AI, AVS, APG, etc.) ou également avec l'assurance maladie. Nous retrouvons aussi les jeunes adultes, les indépendants, les familles, les familles monoparentales, les couples en séparation, les hommes célibataires ou encore les personnes dépendantes (alcool, drogue, etc.)

A ce stade de l'analyse, nous pouvons également relever les représentations du professionnel par rapport au client et à la situation de pauvreté qu'il vit. Toutefois nous ne sommes pas en mesure de les regrouper en catégories car chaque professionnel a son regard sur le bénéficiaire de l'aide sociale. En effet, l'aide sociale touche une population « *en rupture* », « *en crise* ». Alors il peut y avoir différentes ruptures, aussi bien « *culturelle, sentimentales, affectives, professionnelles que médicales.* » Cet état de fait concerne des personnes qui sont soumises à des « *vécus difficiles* » et qui rencontrent bien souvent une « *accumulation de problèmes.* » Cela peut engendrer une « *perte d'identité, de valeur ou même de statut.* » Nous constatons également que les comportements des bénéficiaires sont perçus différemment, en effet, il y a les clients dits « *responsables* » et les clients dits « *victimes* », mais aussi ceux qui sont « *décontractés* » et ceux qui sont « *stressés.* » Un professionnel relève aussi que fréquemment c'est la femme ou l'épouse qui vient pour faire une demande d'aide financière et non pas le mari.

Pour terminer en quelque sorte ce « *tour d'horizon* » des typologies de client, nous avons également été attentifs aux qualificatifs utilisés par les professionnels pour décrire la population concernée. Nous retrouvons le plus couramment des adjectifs tels que : « *démotivés, démoralisés, déstructurés, abîmés, perdus ou encore déstabilisés.* » Il s'agit des personnes qui ne « *savent plus* », sont « *pommés* » dans leur vie, n'ont plus aucun « *ressort pour rebondir.* »

Cet indicateur nous permet également de faire émerger le fait que même si huit professionnels sur neuf parlent du sentiment de honte qui est en lien avec une démarche d'aide sociale, deux professionnels amènent un élément nouveau qui concerne une certaine banalisation de l'aide sociale. Nous pouvons donc remarquer deux attitudes différentes face à cette situation d'aide financière : tout d'abord un sentiment de honte qui provoque bien souvent une souffrance extrême ; il est d'ailleurs relevé que « *les gens souffrent de venir au service social* », il y a souvent aussi la « *souffrance de la perception de l'autre* », la crainte du regard extérieur mais aussi la peur du jugement. Ceci est apparenté à une démarche difficile et chargée en émotions qui peut engendrer une mauvaise estime de soi, une certaine culpabilité de devoir demander de l'aide à un moment donné dans son parcours de vie. Un seul professionnel aborde la question d'un « *manque de reconnaissance de la souffrance* », soit par la société, par les professionnels mais également par les différentes assurances sociales existantes.

Ensuite, à l'inverse, nous pouvons alors relever une autre attitude face à une demande d'aide sociale. En effet, si nous nous référons aux deux professionnels qui ont le plus grand nombre d'années d'expérience du travail au CMS (20 ans et 17 ans) nous constatons qu'ils abordent l'idée d'une certaine banalisation de l'aide sociale et ce, dans le sens où « *tout monde a de l'aide alors moi aussi je vais aller voir...* » ou encore certaines personnes qui disent « *j'arrive en fin de droit du chômage, je viens chercher l'aide sociale demain, comme s'ils t'annonçaient un truc très banal.* » Cette attitude de banalisation de l'aide peut être perçue différemment par le professionnel, soit d'une manière positive dans le sens où c'est « *plutôt bien quand même que les personnes ne soient pas atterrées de la même manière, que c'est peut-être pas si grave d'être une partie de ta vie à l'aide sociale.* » Dans ce cas, la souffrance semble être moins visible et présente, en tous les cas en apparence. Cette banalisation ou accessibilité plus facilitée à l'aide sociale peut également engendrer un regard différent du professionnel, en effet, l'attitude du client peut sembler parfois si désinvolte que l'assistant social « *n'arrive plus à voir la souffrance* » parce qu'il a l'impression que le client « *fait du tourisme* » et que rien ne l'atteint vraiment.

Cette analyse nous permet aussi de relever un autre élément en lien avec la souffrance et l'aide sociale. Nous ne pouvons toutefois pas en faire une généralité, mais il semblerait qu'il y ait plus au moins de souffrance suivant le degré d'isolement du bénéficiaire d'aide. En d'autres termes, plus la personne est en mesure d'être soutenue par son entourage, réseau ou autre, moins la démarche d'aide sera source de souffrance, en effet « *s'il y a beaucoup de soutien de la famille dans ces choses là, il y a beaucoup moins de souffrance.* » Dans le cas où ce soutien externe ne serait pas présent ou même peu présent, les bénéficiaires d'aide se retrouvent plus fréquemment « *en situation de souffrance et de désarroi, voir même d'abandon, ils ne savent plus où s'adresser et en dernier ressort ils viennent nous voir, c'est un petit peu comme s'ils jouaient leurs dernières cartes.* »

Cette constatation nous amène à nous interroger sur le rôle de l'entourage et des ressources extérieures qui peuvent influencer de manière plus que positive la situation générale du client. Ne devrions nous pas mettre un accent tout particulier sur une réinsertion sociale avant tout qui permettrait des échanges d'expérience, des liens, mais aussi de trouver du soutien et du réconfort ailleurs que dans les institutions ? Alors dans ce contexte d'aide sociale, avec comme priorité l'autonomie financière et la réinsertion professionnelle, la question est lancée ? Aussi dans le but d'alléger la souffrance ressentie, ne vaudrait-il pas mieux être attentif à travailler avec le client sur l'acceptation de sa situation mais aussi sur les ressources à mobiliser et à mettre en œuvre pour créer ou recréer des liens et des contacts sociaux, et ce, pour sortir la personne de cet isolement ?

- **Dépendance aux autres**

Seulement deux professionnels en parlent dans leur interview et l'accent est mis davantage sur le fait que le client se retrouve « *dans un cercle vicieux* » et que « *sans aide extérieure* » il n'est plus en mesure de s'en sortir. Nous relevons également le fait que selon le regard du professionnel, le client « *est contraint de venir parce qu'il n'a plus le choix.* »

- Demandes, attentes et besoins

Pour cet indicateur aussi, les neuf assistants sociaux sont représentés dans les réponses. Dans ce contexte d'aide sociale, nous pouvons relever que malgré le fait que les demandes peuvent être très diversifiées, les professionnels estiment que le client vient avant tout *« avec comme porte d'entrée la question financière et ouvre ensuite sur d'autres domaines »*, *« c'est vraiment une demande d'aides financière et après c'est clair qu'il y a tous les autres aspects de la vie »* qui interviennent. En réalité, *« la première demande cache en générale toute une série de demande »* ou de malaise, de mal être, qui sont également pris en considération, mais d'une manière assez générale et cadrée. Les professionnels insistent sur la nécessité de *« prendre la personne dans sa globalité »* car il n'est pas possible de prendre en compte *« que le petit aspect financier. »* Il est également relevé qu'il *« n'est pas possible de dissocier la souffrance car elle fait partie inhérente de la personne. »*

Pour aborder cette souffrance indissociable de la personne, des espaces d'écoute sont mis à disposition par certains professionnels ; espaces toujours relativement ouverts au départ puis recadrés assez rapidement : *« on passe beaucoup de moment d'écoute, mais il faut toujours expliquer qu'au niveau légal c'est pas comme ça, essayer de donner une rationalité dans cette souffrance. »* Comme si oui, la place est laissée à la souffrance car elle fait entièrement partie du client, mais n'est que peu abordée, en tous les cas elle semble vite coupée voir censurée, parce qu'elle ne fait visiblement pas partie des priorités à traiter pour l'ouverture d'un dossier d'aide sociale.

A l'opposé, un autre professionnel affirme que *« la porte d'entrée »* du client pour venir faire une demande d'aide sociale est bien souvent un *« problème autre que financier »* mais qui débouche sur un problème d'argent dans un deuxième temps.

Quant aux deux autres professionnels restants, nous relevons en quelque sorte un mélange des deux points de vue décrits ci-dessus. *« La porte d'entrée »* sera différente suivant l'attitude du client. S'il a de la *« peine à parler »*, c'est avant tout le côté financier qui sera abordé en premier lieu. Mais par contre si le client est plus dans l'émotionnel, c'est avant tout la souffrance qui va être abordée et *« l'aspect financier intervient dans un deuxième temps. »*

Cette porte d'entrée, sera également différente selon la typologie de client qui s'adresse à l'assistant social. En effet, une distinction est aussi faite entre les *« messieurs qui préfèrent aller à l'essentiel et ne laissent pas trop de place pour les émotions et comme ça ça leur va bien »*, les *« dames »* qui sont plus dans un sentiment de souffrance, de honte qui vont d'abord avancer ces thèmes là et *« les jeunes »* qui ne ressentent pas de honte et avec lesquels le discours s'apparente parfois davantage à *« une discussion d'affaire un peu comme quand on va voir son banquier. »*

Aussi, que ce soit en premier lieu une demande financière ou autre, fait par un client (homme ou femme) qui a de la peine à s'exprimer ou non, nous pouvons remarquer que l'aspect de la souffrance morale reste quelque peu en retrait et que de toute manière, elle viendra systématiquement après l'aspect financier.

Afin de terminer l'analyse de cet indicateur, nous souhaitons également mentionner qu'un assistant social met en avant le fait que depuis quelques mois, il rencontre *« beaucoup de situations courtes et ça c'est nouveau. »* Aussi, une relation est faite entre la rapidité à laquelle une demande est formulée et la souffrance morale que cela implique. En fait, plus les démarches sont effectuées tôt par la personne, *« plus elle conservera du moral et de l'énergie pour rebondir »* et rencontrera *« moins de souffrance. »* A l'inverse, plus la personne attend pour entamer les démarches, plus la souffrance risque d'être conséquente et le service social est alors plutôt perçu comme *« le bureau de la dernière chance, alors le moral a pris un coup et plus c'est plus difficile de rebondir. »* Cette constatation nous interpelle au niveau l'information transmise avant la prise de contact avec un CMS, est-ce que la personne a été informée des démarches à effectuer ou à anticiper, comment perçoit-elle l'aide sociale, de quoi s'agit-il ? Alors à ce propos, une fois encore, nous nous posons la question s'il n'existe pas un système à deux vitesses comprenant les personnes qui sont bien informées par l'intermédiaire de leurs réseaux ou d'autres institutions et qui ont encore des moyens de réagir et les personnes isolées, peu ou mal informées, sans contact avec d'autres institutions, qui sont déjà dans un état de détresse financière, sociale, médicale et personnelle tel qu'il leur est extrêmement difficile de trouver des solutions immédiates pour s'en sortir.

- Etat de santé

Seul un professionnel nous a transmis des éléments en lien avec cet indicateur. Nous n'y relevons que peu de choses, sauf peut-être l'effet positif des médicaments qui permettent aux clients des changements d'attitudes et qui peuvent certaines fois « *débloquer la situation*. » Nous pourrions alors faire l'hypothèse que d'une manière ou d'une autre, c'est bien souvent les responsabilités qui sont reportées sur le client, c'est-à-dire que c'est lui qu'il faut soigner mais pas forcément le système en général.

Les questions posées lors de nos entretiens, n'étaient pas ciblées sur cet indicateur. Nous avons posé une question d'ordre assez générale qui était « *c'est qui les gens qui viennent vous voir ?* », et ce, dans le but d'obtenir une représentation du professionnel sur la population concernée. A ce stade de l'analyse, nous ne pouvons que constater que l'état de santé du client n'est pas quelque chose qui est prioritaire ou abordé systématiquement. Nous relevons donc le peu d'attention portée par le professionnel, ce n'est en effet pas un critère retenu pour décrire la population qui est au bénéfice de l'aide sociale.

8.1.2. Synthèse de la dimension bio-psycho-sociale

Cette dimension nous permet de mettre en évidence des notions en lien avec les incidences d'une demande d'aide financière sur la situation globale et générale du bénéficiaire.

- Nous relevons le sentiment de honte qui peut être présent et accompagner une demande d'aide financière.
- A l'inverse, nous constatons également une certaine attitude de banalisation de l'aide sociale, une accessibilité peut-être plus facilitée pour certains.
- Une corrélation entre le degré d'isolement social du client et la souffrance ressentie. Nous mettons l'accent sur le rôle de l'entourage et des ressources extérieures, qui peuvent influencer de manière positive la situation du bénéficiaire.
- La souffrance morale semble indissociable de la situation globale du client, des espaces d'écoute sont mis à disposition, mais encore une fois, il s'agit d'espaces ouverts au départ puis recadrés très rapidement. La souffrance morale est peu abordée, vite coupée car elle ne fait pas vraiment partie des priorités à traiter pour l'ouverture d'un dossier d'aide sociale.
- La porte d'entrée de la demande peut varier, soit financière, soit émotionnelle mais dépend également de la typologie de client qui s'adresse à l'assistant social.
- Une corrélation est faite entre la rapidité à laquelle une demande est formulée et la souffrance morale que cela implique.

8.1.3 Souffrance morale abordée dans un second temps

8.1.3.1 La dimension temporelle

Nous avons choisi de tester une dimension temporelle dans notre recherche car nous partons du principe que la souffrance morale est abordée dans un deuxième temps, et ce, une fois que la relation est installée.

- Mois-années

Nous avons choisi cet indicateur dans le but de vérifier la durée des dossiers d'aide sociale pour y faire un lien avec la prise en compte de la souffrance morale. Toutefois, la méthode et les questions utilisées n'ont pas permis de récolter des informations à ce niveau là ; sans doute car ce n'était pas assez précisément formulé dans les demandes. De plus, cette question de durée est partiellement reprise dans le second indicateur, donc pour éviter les répétitions, nous la reprenons dans l'analyse qui va suivre.

- Evolution selon la durée

Cet indicateur nous permet de nous interroger sur la prise en compte de la souffrance ; est-elle abordée dès le premier contact ou dans un deuxième temps lorsque la relation est établie ? Souhaitant répondre à cette interrogation, nous avons analysé les propos recueillis de huit assistants sociaux. Il nous est relativement difficile

de parler d'homogénéité des pratiques car chaque assistant social a son point de vue sur la question. Seuls deux professionnels basent leur premier entretien sur « *tout ce qui est administratif* » et une fois que « *le dossier roule* », ils parlent ensuite « *d'autres choses.* » L'un d'eux rajoute également « *ça m'arrive de faire un entretien plus administratif, formel au niveau financier, tout ce qui doit toucher à notre boulot comme le budget, les assurances sociales.* » La souffrance n'est donc « *pas abordée d'entrée de jeu* », elle intervient « *uniquement dans un deuxième temps* » et ce, parce qu'on « *ne se connaît pas assez.* »

A l'inverse, un professionnel commence par le côté émotionnel pour ensuite traiter le domaine administratif et « *les entretiens suivants sont plus dynamiques* », « *plus sur le faire* », « *c'est moins assistante, mais plus coach.* »

Quant aux cinq autres professionnels qui ont abordé cet indicateur, il semblerait que leurs manières de procéder varient en fonction du client mais également en fonction de leur propre disponibilité. Il ressort qu'il est difficile d'appliquer toujours la même procédure car « *ça n'est jamais la même chose d'une fois à l'autre.* » Même si « *les émotions sont bien présentes au premier entretien, des fois elles ne sont pas abordées* » de suite mais plutôt « *reprises au fil des entretiens* », un peu à l'image d'une relation qui se construit sur la durée. Un professionnel affirme d'ailleurs que le « *facteur temps crée la confiance.* »

Aussi, nous pouvons remarquer que certains assistants sociaux émettent une distinction entre les dossiers de courte durée et ceux de longue durée. Nous pouvons également relever le fait que « *la relation est différente* » pour les dossiers suivis sur plusieurs mois, « *les gens se confient différemment.* » En d'autres termes, c'est la relation sur la durée qui fait que les clients s'ouvrent un peu plus par rapport au « *choses privées.* » La relation qui s'installe et qui évolue entre le client et le professionnel permet de parler davantage de la souffrance. A l'inverse, si le dossier est court, « *la relation évolue peu.* »

Bien que nous ne soyons pas en mesure de catégoriser les manières de faire des professionnels, nous pouvons toutefois constater qu'aucun d'entre eux n'utilisent le mot « souffrance » dans ses réponses. En effet, nous retrouvons la souffrance englobée dans « *les autres choses à parler ensuite* », « *les détails* » qui sont abordés dans un deuxième temps, « *les émotions* » mais aussi « *les choses privées.* » Et en plus du fait qu'elle n'est pas nommée comme telle, la souffrance intervient souvent une fois que le côté administratif est réglé, un peu comme si la priorité est plutôt mise sur le dossier d'aide sociale et pas sur le ressenti ou les émotions du client, en tous les cas pas au début de la relation.

Nous pouvons également relever que la souffrance n'a pas vraiment sa place dans la description générale du travail d'assistant social ; elle ne fait pas partie de « *tout ce qui doit toucher notre boulot, comme le budget ou les assurances sociales.* » En effet, la souffrance fait partie des autres points à traiter après l'aspect financier. Elle est observée et remarquée, mais n'intervient qu'après « *l'essentiel* », une fois que la relation est installée.

Bien évidemment nous ne sommes pas en mesure de faire des généralités, mais les quelques exemples décrits suffisent à nous questionner sur l'attention que le professionnel porte à la souffrance du client. Quelle est la priorité ? Et que faire pour que la souffrance trouve sa place parmi les autres éléments d'un dossier et de la situation du client ? Est-ce possible de la dissocier de la situation ?

8.1.3.2 Synthèse de la dimension temporelle

Cette dimension nous permet de faire émerger différents points en rapport avec la construction de la relation entre le professionnel et le bénéficiaire d'aide, mais aussi avec le vocabulaire utilisé pour évoquer la souffrance.

- Nous relevons l'idée que le facteur temps crée la confiance et que la relation se construit au fil des entretiens. Suivant l'évolution de la situation, le professionnel n'applique pas toujours la même procédure pour parler de la souffrance ressentie, elle varie en fonction de l'attitude du client mais également en fonction de la disponibilité de l'assistant social.
- La souffrance morale n'a pas vraiment sa place dans la description générale du travail d'assistant social ; elle est observée, remarquée mais intervient souvent après l'essentiel, une fois que la relation est installée.

- Aucun professionnel n'utilise le terme de souffrance pour évoquer cet indicateur. En plus du fait qu'elle n'est pas nommée comme telle, nous constatons qu'elle intervient souvent une fois que le côté administratif est réglé.

8.1.4 Compétences et missions

8.1.4.1 La dimension professionnelle

Nous proposons comme sous-hypothèse, l'idée que l'assistant social a les compétences pour aborder la souffrance morale du client et que cela fait partie de sa mission. Cette dimension, axée sur le domaine professionnel, nous permet de prendre en compte l'avis et les points de vue des assistants sociaux interrogés et de déterminer leurs positionnements par rapport à la prise en compte de la souffrance morale dans leur travail quotidien. Pour ce faire, nous avons choisi d'analyser des indicateurs en lien avec le cahier des charges, la formation de bases et les formations continues, la représentation que chaque professionnel se fait de la souffrance, ainsi que sa maîtrise du domaine, sa motivation à en parler et encore les limites et frontières éventuelles avec la psychologie.

- Cahier des charges

La première constatation que nous pouvons faire suite à l'analyse de cet indicateur, est le fait que comme la question a été clairement énoncée, tous les assistants sociaux se positionnent quant à la prise en charge de la souffrance morale dans leur quotidien professionnel. Nous pouvons également relever que cela fait partie de la mission de l'assistant social de prendre en compte la souffrance, cependant, sans entrer dans une « *réelle thérapie*. » En effet, l'assistant social n'est pas en mesure de gérer la souffrance du client, il a les compétences pour la reconnaître, l'entendre, la prendre en compte mais « *n'est pas assimilé à un thérapeute*. » Nous parlerons plus « *d'alliance thérapeutique* » que de travail thérapeutique.

Nous relevons que tous les assistants sociaux sont unanimes sur la nécessité de tenir compte de la souffrance du client et revendiquent tous, d'une certaine manière, l'importance de garder le « *côté social* », l'accompagnement du client dans « *d'autres problématiques que seulement la problématique financière*. » En d'autres termes, « *le fait de distribuer l'aide sociale n'est pas l'essentiel du travail de l'assistant social* », « *son rôle ne se cantonne pas à faire des budgets* », il n'est pas uniquement « *un tiroir caisse* » ou un bancomat. A ce stade de l'analyse, nous constatons un certain paradoxe avec ce qui s'est dit précédemment et qui démontre que dans la pratique, la souffrance n'est, semble-t-il, pas une priorité. Ceci nous amène à penser à un décalage entre la conception de la profession et sa mise en application. Décalage qui pourrait être en partie dû au contexte de travail, à la charge de travail mais aussi aux compétences du professionnel et à sa motivation d'en parler.

Toutefois, si pour certains professionnels, la prise en compte de la souffrance morale du client « *fait partie intégrante de la profession* » et que l'assistant social est « *à côté de la plaque* » s'il ne la prend pas en compte, d'autres professionnels sont plus dans la réserve et la retenue. En effet, trois professionnels soulèvent le fait que l'assistant social est « *un des maillons de la chaîne* » mais ne peut en aucun cas « *tout gérer seul* » et ce n'est d'ailleurs « *pas son rôle* » de gérer la souffrance du client, mais plutôt de « *l'entendre et de lui laisser de la place*. » Pour ces professionnels, l'accent est mis sur la pluridisciplinarité, il est clairement énoncé que l'assistant social « *n'est pas un thérapeute* », il n'est pas en mesure de « *fouiller plus que nécessaire* », il doit plutôt « *faire attention à ses compétences car il risquerait de vite sortir de sa mission*. »

Notons encore pour terminer l'analyse ce cet indicateur, que le professionnel qui s'exprime le plus sur le cahier des charges, a une responsabilité de chef de service. Nous relevons un regard de professionnel mais également de hiérarchie où les réalités et les enjeux ne sont peut-être pas pareils. Une fois encore c'est le terme d'alliance thérapeutique qui ressort avec l'idée de relation de confiance entre le professionnel et le client, sans toutefois que s'installe « *une dépendance* » qui représente un certain « *danger* » pour la relation. « *Ce n'est pas tout à fait notre rôle de garder des gens sur la durée juste pour qu'ils viennent causer ... je tolère plus que ce que j'adhère*. »

Nous remarquons donc une certaine homogénéité sur le principe de prise en compte de la souffrance, cependant, la différence se fait au niveau de l'application et de la manière de s'y prendre entre les professionnels qui s'investissent davantage et d'autres qui sont plus dans la retenue.

- Formation de base et formations continues

Quatre professionnels nous parlent de cet indicateur, nous n'avons que très peu d'indications en lien avec la formation de base, si ce n'est un professionnel qui relève qu'on « *apprend quand même pas des tonnes de choses* » en rapport avec la gestion de la souffrance. Un autre professionnel qui estime que la formation devrait s'axer sur le fait d'apprendre avant tout à « *vider notre propre bouteille pour pouvoir accueillir ce que l'autre nous transmet.* »

Pour ce qui est des formations continues, là aussi, nous n'avons que très peu d'indications, si ce n'est qu'il « *est important d'en avoir* » et qu'elles permettent souvent d'approfondir certains domaines tels que celui de la souffrance et de développer un autre regard, une autre approche sur les situations.

Nous pouvons cependant nous questionner sur la nécessité de ces formations continues et de leurs effets positifs sur les situations, et ce, parce que nous partons du principe que plus le professionnel est sensibilisé et informé sur la souffrance, plus il est attentif à la prendre en compte dans ses évaluations et son travail au quotidien. Des formations continues spécifiques dans ce genre de domaine ne seraient-elle pas envisageable également au sein d'un service social de CMS ?

- Représentation de la souffrance

Lors de nos entretiens avec les différents professionnels, la question en lien avec les représentations de la souffrance a clairement été énoncée : « *ça veut dire quoi pour vous une personne qui souffre ?* » Les neuf assistants sociaux interrogés ont donc répondu à cette question.

Pour notre analyse, nous avons distingué les professionnels qui nous ont livré uniquement leurs représentations, ceux qui ont parlé uniquement de l'organisation, de la forme de la souffrance en tentant de la définir et ceux qui ont mêlé ces deux éléments. Aussi, trois professionnels nous ont livré uniquement leurs représentations, deux autres leurs points de vue sur les différentes formes de la souffrance et les quatre restants, qui correspondent aux quatre hommes interrogés dans notre travail, ont commencé par définir et organiser la souffrance puis nous ont parlé de leurs représentations.

Comme mentionné précédemment, plusieurs professionnels nous ont proposé leur propre définition de la souffrance, qui pourrait être apparentée à « *un état qui induit un manque, un malaise ou un mal être* » ou encore « *état d'une personne qui est en inadéquation avec elle-même, son entourage ou avec la réalité et qui n'arrive pas à se situer par rapport à ces éléments.* » Nous relevons également les différentes formes de la souffrance, elle touche différents domaines, s'exprime de différentes manières soit par le silence, les larmes, les échecs, les refus, mais il arrive aussi qu'elle ne s'exprime pas, dans ce cas, la souffrance est perçue comme « *cachée et intime.* » La souffrance peut également être « *provoquée par l'action de l'assistant social* » qui devrait par exemple refuser certaines prestations. Ces caractéristiques de la souffrance rejoignent et complètent celle qui ont été développés dans notre partie conceptuelle, à savoir, les causes dites « *naturelles* » de la souffrance telles que les intempéries, les virus, la famine, etc. Puis les causes dites « *provoquées* » par l'homme qui peuvent représenter les guerres, les attentats, les agressions, l'indifférence, la vengeance, etc. Et parmi toutes ces souffrances, il y a celles qui sont bien visibles et qui sont reconnues par autrui, elles suscitent la compréhension, la solidarité, la bienveillance ou encore l'indignation. Il existe également des souffrances qui sont invisibles, « *enfouies au cœur de la personne* », celles-ci sont bien souvent ni reconnues, ni comprises et peut-être plus difficile à soigner, elles peuvent également provoquer un sentiment d'angoisse, de solitude, de vide ou d'inutilité. Certaines de ces souffrances sont présentes depuis le début de l'existence de la personne telles que les malformations, les maladies génétiques, un milieu défavorisé, d'autres sont beaucoup plus brutales comme les maladies ou les accidents. En plus de ces différentes formes de souffrance décrites ci-dessus, la personne ne vit pas seulement la souffrance au présent, mais peut également être perturbée par son passé ou par la crainte de l'avenir. Face à ces différentes souffrances certaines personnes vont trouver une force pour les affronter, se sentiront remplies de courage et d'énergie. Tandis que d'autres personnes, plus vulnérables, vont se sentir

totallement démunies face à l'adversité et démontreront une attitude totalement différente. (Salamin Marie-Françoise. 2003)

Comme nous l'avons mentionné, la souffrance peut être soit exprimée et visible, soit non-dite et cachée. Dans ce deuxième cas où elle ne serait pas exprimée, nous remarquons que le professionnel peut faire « *une projection, une hypothèse sur la souffrance du client, en fonction de son état physique et psychique.* » Ceci nous amène donc à relever la part d'interprétation qui peut être faite sur la souffrance du client, comme par exemple de se dire que « *physiquement il n'a pas l'air bien, il doit souffrir.* » Ce qui est mis en avant par ces constatations, c'est que cette attitude peut entraîner un décalage entre la souffrance réelle du client et la représentation que s'en fait le professionnel.

Notons encore la tendance des professionnels à banaliser voir généraliser la souffrance, en effet, « tout le monde souffre », « c'est le lot de chacun », en fait « tous les éléments de la vie peuvent faire souffrir. » Cette constatation rejoint la pensée de Mme Marie-Françoise Salamin qui décrit la souffrance comme « *inhérente à la condition humaine.* » Cela signifie que même si tout va pour le mieux, personne n'est en mesure de savoir qu'est-ce qu'il va se passer dans les instants suivants. Tout peut basculer et être bouleversé à tout moment, même de manière extrêmement brutale par exemple en raison d'un accident, d'une maladie, d'un échec professionnel, relationnel ou autre. (Salamin Marie-Françoise. 2003) Ainsi, si cette souffrance est si générale et présente partout, nous pouvons nous demander si nous y portons encore attention car le danger serait de la banaliser à l'extrême et de ne pas mettre en œuvre un moyen de la prendre en compte, de la diminuer ou de la faire disparaître.

Pour continuer, nous aimerions rajouter qu'il ne nous a pas été possible de faire des liens entre les représentations de chaque professionnel sur la personne qui souffre. En effet, les représentations sont si variées et personnelles que nous ne sommes pas en mesure de les regrouper. Nous avons choisi d'en énumérer quelques-unes, et ce, dans un but d'illustration de notre indicateur. Une personne qui souffre, c'est quelqu'un qui :

- « *a perdu le fil de la satisfaction de soi et la confiance en soi*
- *n'est pas content de sa vie*
- *se sent seul et ne sait pas bien demander*
- *paraît souvent froid en raison de filtres qu'il s'est mis (alcool, drogues, etc.)*
- *est désorienté, qui a mal au niveau physique, raz le bol, mal-être*
- *vit des échecs à répétition* »

Nous souhaitons prolonger cette analyse avec la remarque d'un professionnel qui fait la constatation « *qu'il y a des gens qui ne montrent rien et puis d'autres qui pleurent facilement pour la même chose, c'est le taux de tolérance* » à la souffrance qui est différent. Nous l'avons déjà mentionné, il peut certes y avoir une part d'interprétation plus ou moins grande qui peut intervenir, toutefois, sur la base de cette remarque, nous souhaitons faire émerger un nouveau concept qui n'a pas été abordé jusqu'à présent, celui de la résilience

Selon les auteurs Poletti et Dobbs, citant Stefan Vaniastendael, la résilience est perçue par les sciences sociales comme « *la capacité à réussir, à vivre, à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative.* » Ce concept va plus loin que la simple capacité à surmonter. En effet, il est composé de deux dimensions différentes qui sont : 1/ la résistance à la destruction, la capacité de protéger son intégrité sous de fortes pressions. 2/ la capacité de se reconstruire, de créer une vie digne d'être vécue en dépit des circonstances adverses. (Poletti, Rosette. Dobbs Barbara. 2001. p.9-10). Chaque client a son parcours de vie qui peut parfois être très chaotique, mouvementé ou calme et suivant les expériences vécues, la manière de réagir ne sera pas semblable. Aussi, nous pouvons mentionner que la résilience d'une personne se crée avant tout en fonction de son tempérament, de sa manière d'intégrer les éléments, de la signification qu'elle donne à sa blessure tant physique que morale, mais aussi en fonction du type de soutien social dont elle dispose. Pour la même situation, avec la même douleur, les réactions des personnes peuvent être très différentes, cela dépend de leur manière de surmonter les épreuves. Nous pouvons avancer que le fait de se retrouver une partie de son parcours de vie au bénéfice de l'aide sociale peut être vécu, par certains, comme une épreuve difficile, douloureuse mais aussi honteuse à traverser. Aussi, chaque personne va réagir différemment face à ces moments en fonction des messages qu'elle a reçus auparavant, son expérience de vie ou son tempérament. Certaines personnes vont alors être frappées par

le destin ou les circonstances adverses (pertes de travail, séparation, aide sociale, maladie, etc.) et se sentir totalement accablées alors que d'autres au contraire, dans la même situation, trouvent la capacité de rebondir face à cette adversité et de sortir grandi de l'épreuve subie.

- Maîtrise du domaine

Bien que cet indicateur soit difficile à évaluer et à mesurer, tous les professionnels se disent à l'aise avec ce domaine, certains le sont même « *plus qu'avec le côté financier.* » Le partage de la souffrance ressentie est vu comme un moment de « *confiance* » voire de « *complicité* » qui n'est pas difficile à gérer, la seule condition est de trouver « *le moment juste pour en parler.* » Nous constatons que la perception et le ressenti de l'assistant social se révèlent importants dans la construction de la relation. Cependant, une des questions qui ressort aussi, est de se demander comment mettre un terme à un entretien lorsque le client parle de sa souffrance ?

Nous relevons également l'idée que le fait d'aborder la souffrance de l'autre, est « *quelque chose qui s'acquiert* » pour certains professionnels ou à l'inverse, c'est une attitude qui va de soi, qui fait partie du professionnel, c'est quelque chose d'inné pour d'autres professionnels.

Nous poursuivons notre analyse avec un élément qui ressort particulièrement pour deux professionnels, à savoir la violence physique. Malgré le fait qu'elle est perçue comme une forme de souffrance, elle n'est « *pas acceptée* », c'est quelque chose qui fait « *assez peur* » et qui peut vite « *déstabiliser et perturber* » l'assistant social.

Nous pouvons également relever un élément nouveau qui émerge de l'analyse, qui est la souffrance du professionnel face à la situation du client. La méthode et les questions posées ne prenaient pas en compte cet aspect, cependant trois professionnels la font ressortir assez fortement. Cette souffrance du professionnel est traduite par une impuissance, dans certaines situations, lorsque l'assistant social ne « *sait plus quoi proposer* », « *est borné à donner de l'argent* » et ce, « *en attendant que les choses s'améliorent et que les décisions se prennent ... alors c'est douloureux parce que professionnellement, on n'arrive pas à trouver des solutions.* » Ce manque de perspectives, de projets envisageables, ce côté « *continu, constant et sans issue* » interpelle certains assistants sociaux qui se disent souvent « *touchés par cette souffrance.* »

- Motivation à en parler

Nous constatons que malgré le fait que la souffrance est perçue comme un élément dont « *on n'échappe pas à parler* », et représente un « *aspect abordé automatiquement* » dans chaque situation, sept assistants sociaux partagent la conviction « *qu'il n'y a pas de règle précise pour en parler.* » De plus, la souffrance n'est pas un élément qui « *est planifié à l'avance* » comme serait planifié l'examen du budget. Nous relevons donc l'idée que la souffrance est envisagée comme quelque chose qui n'est pas programmé préalablement dans la discussion et qui n'est pas prévisible. L'attitude générale qui émerge est le fait « *d'attendre que le client ouvre la porte* » à cette souffrance. En effet, le professionnel attend et « *saisit l'occasion pour pouvoir en parler* » et ce, au moment le plus opportun. En principe, le professionnel ne « *donne pas de rendez-vous* » pour parler uniquement de la souffrance, il s'agit plutôt d'un élément qui se mêle au reste de la situation. Aussi, chaque assistant social insiste sur le côté spontané, le fait que ce n'est pas planifié ni provoqué à l'avance.

Bien que tous les professionnels interrogés se disent ouverts et prêts à parler de la souffrance et aussi à l'aise avec ce domaine, nous pouvons toutefois remarquer une différence de niveau d'investissement par rapport à la souffrance. A ce propos, nous avons relevé quatre catégories ou attitudes différentes, qui pourraient correspondre en quelque sorte à une échelle graduée en lien avec la prise en compte de la souffrance. Au bas de cette échelle, nous retrouvons la catégorie des assistants sociaux qui sont « *prêts à porter une oreille attentive* » à la souffrance. Il s'agit du palier de l'écoute, en effet, certains ont « *beaucoup de peine à être qu'un tiroir caisse, donc c'est vrai qu'ils écoutent.* » A l'échelon supérieur, nous retrouvons la catégorie de ceux qui « *écoutent* » mais qui essaient également de « *comprendre la souffrance du client* », et ce, sans vraiment se « *lancer plus loin que la compréhension* » car après, le professionnel n'a pas tellement les moyens de « *gérer la suite.* » Grimpons encore d'une marche et retrouvons la catégorie des professionnels pour qui l'objectif de travail correspond au fait « *d'amener le client à gérer la souffrance* » et de faire en sorte qu'il y en « *ait moins.* » Nous pouvons encore monter davantage sur notre échelle est retrouver la catégorie de ceux qui relèvent « *qu'on ne*

peut pas faire comme si on ne voit pas » la souffrance et *« c'est un peu une obligation morale »* de traiter tout le problème. Aussi, de la simple écoute à la gestion de la souffrance dans son entier, il ressort tout de même le danger d'être *« parfois trop intrusif ou curieux »* face à la souffrance et c'est pourquoi l'accent est également mis sur les compétences, les limites à ne pas franchir aussi bien sur un plan personnel que professionnel.

Notons encore un élément en lien avec notre indicateur, il s'agit du vocabulaire utilisé pour aborder le domaine de la souffrance. Si pour la majorité des professionnels interrogés, il n'est pas nécessaire de faire de distinction, deux assistants sociaux insistent grandement sur le fait que le mot souffrance *« n'est pas utilisé, ni prononcé comme tel »*, c'est plutôt des mots du genre *« difficile, raz le bol »* qui sont utilisés : *« le mot souffrance c'est pas un mot que j'utilise ni dans la vie quotidienne ni dans le boulot. »* Nous pouvons être interpellés par cette citation et nous demander qu'est-ce que le mot souffrance peut évoquer pour qu'il ne soit ni utilisé ni prononcé ? Comme nous l'avons mentionné, seuls deux professionnels ont mis l'accent sur cet aspect du vocabulaire utilisé, mais il paraît tout de même intéressant de prolonger la question et de savoir qu'est-ce que ce mot évoque pour être ainsi évité et banni de la discussion ? Et même si le contenu de nos entretiens ne nous donne malheureusement pas les réponses à ces questions, nous restons toutefois interpellés par cet élément.

- Limites et frontières avec la psychologie

Après analyse de cet indicateur, nous pouvons tout d'abord constater une homogénéité dans la pratique des professionnels interrogés. En effet, tous disent transférer des situations, mettre en place des collaborations avec, avant tout, les médecins généralistes, mais aussi les spécialistes tels que les psychologues ou psychiatres, et ce, dans un souci de complémentarité.

Nous pouvons relever deux niveaux différents en lien avec le transfert ou le signalement d'une situation vers un professionnel du domaine de la psychologie. Le premier élément déclencheur se situe au niveau du comportement et de l'attitude du client. A ce propos, nous avons regroupé les signes décrits par les professionnels en plusieurs groupes : La démarche est faite *« quand le client souffre vraiment trop et se met en danger »* - *« lorsqu'il est dans un état dépressif chronique, ne dort plus, ne mange plus, pleure tout le temps »* et à ce propos, un professionnel parle même *« d'entretien fleuve »* - lorsque le client *« n'a plus la force et montre qu'il n'arrive plus à lutter »* - *« lorsqu'il investit énormément les entretiens. »*

Le second élément déclencheur se situe davantage sur un niveau professionnel en lien avec les compétences de l'assistant social pour traiter la souffrance et se mêle grandement au premier niveau présenté. En effet, bien que certains professionnels parlent d'un *« effet thérapeutique possible dans la relation »*, chacun se montre au clair sur ses compétences professionnelles et nous comprenons par-là que l'assistant social ne se revendique en aucun cas comme un psychologue, psychiatre ou thérapeute. Le rôle du travailleur social est plus décrit comme un professionnel qui *« met en évidence les nœuds »* mais qui ne *« sait pas forcément les dénouer, qui n'est pas compétent pour le faire »*, n'a pas les moyens et les outils pour le faire. Les démarches vers un spécialiste sont faites dès le moment où un travail plus approfondi au niveau personnel est nécessaire car l'assistant social ne se sent pas en mesure *« de fouiller »* et n'a pas envie de *« jouer avec ça. »* La parole est tellement *« magique »* et importante que le professionnel ne va pas partir dans *« des domaines où il n'a pas à toucher, il n'est pas là pour ça et puis ne sait pas le faire. »*

Notons encore que deux professionnels relèvent un problème d'organisation voir de structuration, en mentionnant qu'actuellement, *« il y a peu d'offre en matière de soutien »* et qu'un des problèmes majeurs est premièrement *« d'obtenir un rendez-vous. »*

Sur la base des éléments précédents, nous pouvons nous questionner sur les compétences professionnelles de l'assistant social en matière de travail thérapeutique, est-ce son domaine, visiblement non vu les réponses données lors des différentes interviews. Toutefois, il nous faudrait éventuellement parler plus de prémices de travail thérapeutique, car l'assistant social est tout à fait à même d'identifier et de mettre en évidence la souffrance du client et pour le reste, la frontière peut certainement sembler quelque peu floue dans la pratique.

8.1.4.2. Synthèse de la dimension professionnelle

Cette dimension nous permet de faire émerger les points suivants en lien avec les compétences et les missions de l'assistant social ainsi que la manière dont la souffrance morale est prise en compte.

- Le fait de prendre en compte la souffrance morale ressentie et exprimée par le client fait partie des compétences de l'assistant social, toutefois, sans entrer dans une réelle relation thérapeutique. Le professionnel n'est pas formé pour gérer cette souffrance et c'est les termes d'alliance thérapeutique ou prémices de travail thérapeutique qui ressortent le plus fréquemment.
- La situation est transférée à un spécialiste, soit en raison du comportement du client, soit en raison des compétences et des limites de l'assistant social.
- Nous relevons l'unanimité des professionnels sur la prise en compte de la souffrance morale. Nous remarquons toutefois un décalage entre ce qui se dit ou s'apprend et ce qui est parfois mis en pratique.
- L'accent est mis sur la pluridisciplinarité et de la complémentarité des professions du social et de la santé.
- Plus le professionnel est sensibilisé et informé sur la souffrance, plus il est attentif à la prendre en compte dans ses évaluations et son travail au quotidien.
- Nous relevons également la part d'interprétation qui peut être faite au sujet de la souffrance du client par le professionnel, ce qui peut parfois impliquer des décalages entre la souffrance ressentie par le client et la représentation que le professionnel s'en fait.
- Nous retrouvons à nouveau la souffrance du professionnel qui est évoquée face à certaines situations difficiles des bénéficiaires, liée avant tout à une certaine impuissance d'action, un manque de perspective, un aspect sans issue de la situation.
- La souffrance n'est pas un élément planifié à l'avance, elle n'est pas prévisible ni programmée dans la discussion. Il s'agit plutôt d'un élément spontané, qui se mêle au reste de la situation.

8.2 Le partenariat

La sous-hypothèse concernant l'idée d'une relation de partenariat entre l'assistant social et le client, est séparée en plusieurs dimensions, telles que légale, égalitaire et de partage d'expérience. Chacune de ces dimensions correspond à plusieurs indicateurs que nous allons analyser dans la suite de notre travail.

8.2.1. La dimension légale

Nous partons du principe que le client au bénéfice de l'aide sociale est considéré comme un partenaire. Pour ce faire, nous estimons nécessaire que l'autonomie du client puisse être prise en compte. Nous avons tout d'abord choisi d'aborder une dimension légale dans notre recherche parce que l'aide financière dépend essentiellement de la loi sur l'aide sociale et des normes en vigueur. L'objectif étant de vérifier si ce contexte permet une prise en compte de la souffrance, est-ce qu'il y a de la place pour aborder ces éléments et comment est perçu le client dans la relation ? Nous avons alors choisi différents indicateurs tels que les normes et les lois en vigueur, l'application des normes et des lois en vigueur, les contraintes et l'utilité de la sanction.

- normes et lois en vigueur

Nous nous sommes intéressés à la place qu'occupe la souffrance au sein de la loi sur l'aide sociale et des normes en vigueur. Nous pouvons relever que deux professionnels n'en ont absolument pas parlé. Pour les sept autres, les avis exprimés se concentrent plus autour de la loi et non pas autour des normes. Il nous est toutefois difficile de trouver une unité dans les propos, tant les avis sur la question sont différents. Nous avons tout d'abord les professionnels qui estiment que la loi « ne permet pas de prendre en compte la souffrance » et ne s'occupe pas de la souffrance des gens. Ça serait plutôt le rôle du travailleur social d'être attentif à cette souffrance. A l'inverse, nous trouvons des professionnels pour qui la « loi permet rien et permet tout » ce qui n'empêche pas une prise en compte de la souffrance. En fait, la différence se situe au niveau de l'interprétation et de l'application de la loi. Entre deux, se trouvent un professionnel pour lequel la loi permet « une ouverture » sur la souffrance et elle peut être apparentée à un « élément déclencheur » pour aborder cette souffrance.

Nous constatons donc que la place de la souffrance au sein de la loi ne semble pas être déterminée ; permet-elle une prise en compte, est-ce son rôle ? Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour répondre à cette question. Ce que nous pouvons toutefois relever, c'est le fait que cette loi peut-être différemment interprétée et appliquée, et ce, suivant la sensibilité et les méthodes de travail du professionnel. En effet, la loi est perçue comme « *le principal outil de travail* » de l'assistant social, ce qui lui donne une fonction de nécessité. Outre le fait que le professionnel « *renvoie beaucoup à la loi* » et que cette loi est décrite comme « *aidante* », sans elle « *on serait démuni* », la loi sert également de « *garde fou et c'est très utile.* »

La loi est donc perçue comme un outil de travail qui permet de cadrer les situations suivies, elle peut représenter un appui et un garde fou pour le professionnel.

- application des normes et lois en vigueur

Nous avons obtenu des éléments en lien avec cet indicateur de la part des neuf assistants sociaux interrogés. Et suite à l'analyse de cet indicateur, nous remarquons une tendance générale qui émerge, à savoir le fait que l'assistant social « *doit appliquer les lois et les décisions prises par les autorités.* » et malgré le fait que la loi soit univoque, son application peut varier en fonction du professionnel concerné. En effet, « *l'application stricte de la loi est facile, il n'y a plus qu'à taper les chiffres dans le budget, c'est mathématique* », sauf que le travail d'assistant social « *n'est pas simplement mathématique.* » Cependant, bien que le professionnel applique la loi et « *l'adapte en fonction des situations* », nous remarquons que sa marge de manœuvre est relativement réduite malgré tout, et ce, en raison du « *contrôle* » et des « *pressions* » que peuvent exercer la hiérarchie mais également les autorités qui décident et financent l'aide sociale. Cela peut aller jusqu'à mettre en place des mesures malgré que le client n'arrive pas à les assumer car « *la société ne tolère pas l'inactivité* », le risque et que « *l'on conforte le client dans le fait qu'il est nul et bon à rien avec des sanctions.* » En effet, « *tout doit être mis en œuvre rapidement pour sortir de l'aide sociale* », l'assistant social doit donc suivre des directives qui « *ne sont pas toujours applicables* » et qui ne laisse en aucun cas au client « *le temps de se reconstruire.* » Nous pouvons remarquer un certain décalage entre les décideurs ou les autorités qui préconisent une perspective de changement rapide où prédominent souvent l'aspect économique et financier et l'assistant social qui joue un rôle « *d'intermédiaire* » et qui est plus dans l'optique de « *remettre des bases solides pour permettre au client de se reconstruire et de s'épanouir* », et ce, pour éviter de « *fausses économies.* »

A ce propos, trois professionnels soulignent la difficulté qu'implique ce rôle d'intermédiaire en la loi, les décideurs et le client. Nous retrouvons une unité dans leurs propos, en effet, à un moment donné « *peut se présenter un problème de loyauté* » car c'est parfois « *difficile à combiner.* » Même si le professionnel a certaines « *latitudes d'application* », tout dépend de jusqu'où et de qui « *met la pression.* » A nouveau, nous retrouvons le côté « *souffrance du professionnel* » pris certaines fois entre ses valeurs personnelles et professionnelles et les directives transmises ; situation qui peut entraîner d'éventuelles remises en questions professionnelles.

Un des constats que nous pouvons faire suite à l'analyse de cet indicateur, c'est le fait que la loi « *n'est pas aidante pour approcher la souffrance* » et c'est plutôt le rôle du professionnel d'y être attentif et de l'intégrer dans la situation. Aussi, cette prise en compte de la souffrance ressentie par le client va varier suivant l'assistant social.

Notons encore qu'un seul professionnel relève l'aspect du « *pouvoir* » de l'assistant social dans la relation avec le client mais aussi dans les décisions à faire appliquer ou respecter des obligations. Cette idée d'influence va en quelque sorte à l'encontre du concept de partenariat, présent dans notre hypothèse. A ce stade, nous pouvons relever que le client n'est pas vraiment considéré comme un égal dans la relation. En effet, la loi sur l'aide sociale et les normes à suivre, ne lui en donne peut-être pas les moyens ?

- contraintes

Seuls trois professionnels nous ont parlé de cet indicateur. Le seul élément que nous retenons c'est le caractère « *nécessaire* » de la contrainte dans les situations d'aide financière. Nous relevons que ceci peut « *être dérangeant* » pour le client et peut éventuellement encore « *plus le casser.* » Nous n'avons toutefois pas plus d'éléments en notre possession pour analyser cet indicateur en profondeur.

- utilité de la sanction

Cet indicateur nous permet de tester les représentations des professionnels interrogés en lien avec la sanction et l'empathie. Aussi, nous avons formulé la question de manière à obtenir ce genre d'information. Nous leur avons donc demandé : « *pour vous, est-ce possible de sanctionner et d'aider ?* »

Tous les professionnels interrogés nous ont répondu à ce sujet. Nous pouvons tout d'abord relever une très grande cohésion des représentations. En effet, la sanction est perçue pour tous les assistants sociaux comme « *un outil de travail* » nécessaire pour le suivi des situations d'aide sociale. Cet outil de travail est décrit suivant différentes caractéristiques telles que « *n'est pas contraire à l'idée d'aide* », « *n'est pas négatif* » mais plutôt « *éducatif*. » Pour tous, il représente un « *moyen de pression, un levier, une arme* », cependant chacun est conscient du fait qu'il ne faut pas « *en abuser*. »

Nous relevons également que la sanction est utilisée par les professionnels pour atteindre différents objectifs tels que : faire « *émerger la souffrance* » du client, permettre à la personne de « *rebondir* », cadrer et mettre des limites pour garder une égalité de traitement, protéger mais aussi aider et responsabiliser. Nous retrouvons donc une certaine cohésion des représentations, mais également une unanimité sur le fait qu'il est possible d'aider et de sanctionner en même temps. En effet, le principe d'appliquer une pénalité financière n'empêche pas au professionnel de conserver une certaine empathie et ouverture. En d'autres termes, « *c'est possible et compatible*. »

A ce propos, relevons que quatre assistants sociaux associent cette idée de sanction au rôle normatif et éducatif des parents, en effet, « *c'est comme l'amour maternel ou paternel, tu dois être capable d'aimer et aimer pour moi c'est aussi sanctionner un enfant*. » Un d'entre eux relève toutefois les différents degrés de la sanction, en les comparant « *à ce qu'on pourrait appeler une gifle, un coup de poing ou un coup violent*. »

Notons encore que bien souvent, selon trois professionnels, c'est l'assistant social qui évalue l'utilité d'une sanction, il peut cependant arriver que cela « *viennne des autorités communales et c'est des fois plus difficile à appliquer*. » Ceci étant, nous constatons que malgré tout, le professionnel dispose d'une certaine liberté d'évaluation et de sanction. Dans le cas où une personne a la possibilité de sanctionner une autre personne, la relation n'est plus symétrique, un rapport de pouvoir s'installe et nous nous éloignons des principes du partenariat.

La question que nous nous posons est de savoir si le contexte d'aide sociale, avec ses lois et ses normes, n'empêche-t-il pas simplement cette relation de partenariat ? En effet, dès le moment où un professionnel a les moyens de sanctionner et pénaliser un client, cela implique qu'il peut utiliser un certain pouvoir sur celui-ci.

Toujours est-il que la sanction est perçue par les neuf professionnels interrogés comme un outil de travail qui a des côtés positifs et constructifs. L'aspect négatif d'une sanction ressort très peu des éléments recueillis.

8.2.2..... Synthèse de la dimension légale

Cette dimension nous permet de mettre en avant certains points en lien avec le contexte légal de la démarche d'aide sociale, est-ce qu'il permet une prise en compte de la souffrance ?

- La loi et la sanction sont perçues comme un outil de travail par l'assistant social qui permet de cadrer les situations suivies, elles sont perçues comme un appui.
- La différence entre professionnels se situe au niveau de l'interprétation et de l'application de la loi.
- La place de la souffrance ne semble pas être déterminée au sein de cette loi.
- Un des points forts qui ressort de cette dimension, est la difficulté qu'implique le rôle d'intermédiaire entre la loi, les décideurs, le client et la société. Nous relevons une nouvelle fois la souffrance du professionnel pris certaines fois entre ses valeurs professionnelles et personnelles et les directives transmises, cela peut entraîner certaines remises en question.
- L'influence et le pouvoir de décision se placent à l'encontre de la relation de partenariat, le client ne peut alors pas être considéré comme un partenaire, la relation est asymétrique.

- Idée que la sanction joue un rôle normatif et éducatif, en d'autres termes, aider et sanctionner c'est possible et compatible.

8.2.3.....La dimension égalitaire

Comme mentionné, nous estimons nécessaire que l'autonomie du client puisse être prise en compte. C'est pourquoi nous avons tenu à tester une dimension égalitaire et évaluer en quelque sorte la place que le client peut prendre dans la relation, est-il en mesure d'intervenir et de faire des choix ? Cette dimension, axée sur les rapports entre l'assistant social et le client nous permet d'analyser les indicateurs suivants : la possibilité au client de dire « non », le libre choix du client, la négociation, le fait de penser que le client est capable de mobiliser ses propres ressources.

- **laisser la possibilité au client de dire non**

Huit professionnels nous ont répondu qu'effectivement, le client peut à tout moment dire « non » cependant, il devra « *se justifier* », il devra « *proposer autre chose d'acceptable* », il risquera une sanction financière pouvant aller jusqu'à la suppression totale de l'aide octroyée. D'une manière ou d'une autre, si le client refuse une mesure ou dit non à ce qui lui est proposé, il devra alors en assumer les conséquences telles qu'une sanction financière, une pénalité pouvant aller jusqu'à la remise en question complète de l'aide octroyée ; suppression qui reste certes rare mais qui dépend grandement de l'appréciation et de l'évaluation de l'assistant social. Deux professionnels relèvent toutefois que si le projet est « *bien préparé à l'avance* » avec le client et clair au départ, « *les refus sont peu nombreux.* »

Nous constatons donc que tous les professionnels qui nous ont transmis des éléments en lien avec cet indicateur, sont conscients du fait que le client n'a que peu de marge de manœuvre, en effet, il peut dire non mais en contre partie, c'est à lui d'assumer les conséquences de son refus. Vue comme telle, la relation établie entre l'assistant social et le client au bénéfice de l'aide financière est plus perçue comme asymétrique, avec un dominant et un dominé. Et suite à cette analyse, nous remarquons que dans ce contexte d'aide sociale, une relation de partenariat, où chacune des parties est en mesure de négocier et s'affirmer, n'est pas envisageable.

- **laisser le libre choix au client**

Malgré le fait que sept assistants sociaux ont répondu à cette question nous n'avons que peu d'éléments nous permettant d'analyser cet indicateur. Nous avons regroupé les professionnels en trois groupes différents. Il y a tout d'abord ceux qui « *n'imposent pas.* » Nous avons ensuite un groupe de professionnels qui « *proposent beaucoup* » de solutions et « *soumettent des pistes.* » Puis nous relevons un troisième groupe qui commence par donner les « *conséquences éventuelles d'un choix pour que celui-ci soit bien éclairé.* »

Bien que les assistants sociaux utilisent différentes techniques, nous constatons qu'au final, le choix du client est quasiment tout le temps « *dirigé.* » Certes, il a la liberté de choix, mais dans une palette de propositions émises par le professionnel et dans « la mesure de la loi. » Et dans le cas où il choisirait quelque chose qui n'est pas proposé, c'est lui qui assumera les conséquences de son choix.

La liberté de choix du client est perçue comme « *son droit le plus strict* », le client « *est libre de ses choix.* » Pourtant, le principe général qui émerge de cet indicateur et que le professionnel laisse « *l'illusion du choix au client.* » Ces deux informations peuvent être paradoxales, voir même contradictoire. Mais quelle est l'importance de laisser croire au client qu'il a le choix ? Est-ce uniquement pour lui donner l'illusion d'être dans une relation de partenariat où chacun est libre de faire ses propres choix ? Dans ces conditions, pouvons-nous alors parler d'autonomie du client au bénéfice de l'aide sociale ?

- **la négociation**

Tous les professionnels nous ont transmis des données au sujet de cet indicateur. En effet, la question était formulée ainsi : « *Est-ce que le client est en mesure de négocier avec vous ?* »

Dans le but de faire émerger les éléments principaux et la manière dont la négociation est perçue par le professionnel, nous avons choisi d'illustrer notre analyse en nous servant de ce que nous allons nommer « *la cible de la négociation*. » Imaginons tout d'abord une cible avec ses différents cercles qui se réduisent jusqu'à atteindre le point central. Cette cible est délimitée par le cadre légal, qui en ce qui nous concerne, est l'aide sociale. Plus nous allons nous approcher du centre de la cible, plus il sera difficile de négocier quoi que ce soit avec l'assistant social.

Le premier constat est que rien n'est dit au sujet de l'extérieur de la cible, toutes les négociations concernent le contexte de l'aide sociale.

Deuxième constat, un seul professionnel se retrouve en plein centre de notre cible, c'est-à-dire qu'il ne laisse pas de place à la négociation. La personne est au bénéfice de l'aide sociale, des démarches lui sont demandées en contre partie et lorsqu'elle revient « *on va vérifier si les choses ont été faites*. » Un autre professionnel tend à se positionner également tout prêt du centre, en évoquant que « *la négociation est un leurre... on fait accepter des conditions plus ou moins facilement mais on négocie peu*. » Nous comprenons ensuite que le « *professionnel n'a déjà pas une grande marge de manœuvre alors le client en a encore moins*. » Deux professionnels se retrouvent sur un cercle un peu plus éloigné du centre. En effet, pour ces deux assistants sociaux, la négociation est possible, « *le client est en mesure de négocier* » mais il risque souvent d'y avoir des « *conséquences financières s'il refuse*. » En d'autres termes, il a le droit de refuser mais il risque tout de même l'éventualité d'une sanction. La négociation est donc possible « *jusqu'à un certain point* » mais elle est quand même « *limitée*. » Dans le cercle juste un tout petit peu plus grand, nous retrouvons un professionnel pour qui la négociation est possible et envisageable, sauf que le client « *doit sentir qu'il n'a pas beaucoup d'autres choix* » alors c'est sûr qu'il y a des contraintes. Les autres assistants sociaux se retrouvent dans un cercle encore plus large et éloigné du centre en avançant que « *tout est négociable dans le cadre légal de l'aide sociale*. » La position est en quelque sorte légèrement plus ouverte quant à une éventuelle négociation avec le client, cependant, le cadre légal ferme assez rapidement cette ouverture. Un seul professionnel se retrouve à l'autre extrémité du cercle de la négociation, en précisant qu'en « *face à face autour de la table, au niveau de la négociation, les gens sont entendus*. » Bien évidemment que chaque situation est différente, cependant ce professionnel rajoute également que si le niveau supérieur (autorité de décision) refuserait une proposition parce qu'elle serait « *trop fantaisiste* », il se dit prêt à « *négocier avec le service d'action sociale* » si cela a un sens pour lui.

Troisième constat, nous relevons également qu'à aucun moment la souffrance n'est évoquée par les professionnels ; elle se retrouve en dehors de ce cercle, elle n'y a pas sa place.

Afin de poursuivre l'analyse de cet indicateur, notons encore qu'un seul professionnel a abordé la notion du « *rapport de pouvoir* » entre l'assistant social et le client. Malgré le fait qu'il dit y « *être attentif* », nous pouvons constater que nous sommes en dehors d'une relation de partenariat. A ce propos, nous souhaitons aussi relever la remarque d'un professionnel qui soulève un certain malaise ou opposition entre ce qui se dit en théorie « *il faut construire des projets avec les gens* » et la pratique où il n'a pas l'impression que les gens arrivent avec beaucoup de projets à négocier. Ce décalage peut parfois engendrer certaines remises en questions professionnelles et personnelles.

- **penser que le client est capable de mobiliser ses propres ressources**

Une fois encore, tous les professionnels nous ont transmis des informations au sujet de cet indicateur. Nous relevons tout d'abord que sept d'entre eux estiment que le client est en mesure de mobiliser ses propres ressources. Nous remarquons un certain regard positif sur les situations et les clients, en effet, « *ce n'est pas parce qu'on vient à l'aide sociale qu'on est complètement à côté de la plaque*. » ; la plupart des clients « *étonnent par leurs ressources* » qui sont qualifiées certaines fois « *d'exceptionnelles* » ; ils ont en eux des « *capacités à mobiliser*. » Cependant, une des conditions nécessaires au professionnel pour faire en sorte de conserver ce regard positif, est de rester « *attentifs aux préjugés* » ou aux biais qui pourraient parasiter la relation. En effet, bien souvent, « *les gens ont plus de ressources que ce qu'on pense* », ces ressources peuvent parfois être « *insoupçonnées*. » Aussi, en rencontrant les clients dans un autre contexte, par exemple dans leur milieu de vie, le professionnel constate « *que les gens vivent différemment de ce qu'on imagine*. » D'où l'importance de pouvoir confronter l'image que l'assistant social s'est construite du client avec la réalité.

Outre la reconnaissance des préjugés, une seconde condition est nécessaire pour conserver le regard positif sur le client, c'est de lui « *laisser le plus possible la possibilité de s'organiser.* » Un élément qui ressort particulièrement de notre analyse, est le partage des tâches entre le client et l'assistant social. Ce n'est pas entièrement le professionnel qui doit tout entreprendre pour réaliser des démarches. Nous soulevons le fait qu'il paraît important de laisser faire au client ce dont il est encore capable, sans le substituer et tout prendre en charge, car le risque serait qu'il « *ne mobilise plus aucune ressource.* » La tâche de l'assistant social est de « *faire, faire avec, mais aussi faire faire* », c'est-à-dire mobiliser le client afin qu'il se sente encore acteur dans sa situation et au sein de la relation.

Notons encore pour terminer que trois professionnels relèvent que souvent, c'est lorsque le client « *n'a plus rien à perdre qu'il se relève* », un peu comme s'il déclenchait une sorte de « *réaction de survie* » lorsqu'il se sent arriver « *en bout de course.* » Nous comprenons par là qu'une fois qu'il a épuisé toutes les pistes possibles, il y a des éléments qui font qu'à un moment donné se produit un déclic.

8.2.4.....Synthèse de la dimension égalitaire

Cette dimension nous permet de mettre en avant plusieurs éléments en lien avec la relation de partenariat, la négociation et la liberté de choix dans le contexte d'aide sociale.

- Nous relevons que le client est en mesure de dire non à des propositions, par contre c'est à lui d'assumer les conséquences de son refus qui peuvent aller jusqu'à la sanction financière ; sa marge de manœuvre est relativement réduite et quelque peu dirigée par le professionnel.
- Même constat pour la liberté de choix, en effet, le choix du client est très souvent dirigé, il a en quelque sorte l'illusion d'un choix, dans une palette émise par le professionnel. Là également, s'il choisit autre chose, il devra en assumer les conséquences.
- Il est extrêmement difficile pour le bénéficiaire de négocier, l'ouverture pour le faire varie en fonction de l'assistant social concerné.
- Pourtant, le professionnel estime fréquemment que le client est en mesure de mobiliser ses propres ressources pour s'en sortir et que ces ressources sont parfois même insoupçonnées. Nous relevons un regard positif sur les ressources à mobiliser du client ainsi qu'un certain partage des tâches à réaliser. Le client est associé à sa démarche d'aide, il prend aussi parfois un statut d'acteur.
- La relation établie est perçue comme asymétrique, avec un dominant et un dominé.

8.2.5.....La dimension du partage d'expérience

Etant donné que nous parlons de partenariat, d'autonomie du client, de relation qui se devrait symétrique, nous avons choisi une dernière dimension qui se rapporte au partage d'expérience, en effet, est-ce que le professionnel est prêt à prendre le risque de ne pas maîtriser la situation, mais aussi est-ce qu'il est ouvert à apprendre de l'autre ? Ces indicateurs représentent deux attitudes nécessaires pour effectuer un tel partage.

- prendre le risque de ne pas maîtriser la situation

Nous avons très peu d'éléments en lien avec cette prise de risque. En effet, seuls trois assistants sociaux ont abordé assez rapidement cet indicateur. Nous relevons toutefois que cette attitude peut être assimilée au fait de « *déléguer* » certaines démarches à effectuer au client et à ce moment, le professionnel perd une partie de la maîtrise de la situation. L'objectif est que le client puisse reprendre son autonomie et « *c'est un peu vers cela qu'on pousse les gens.* » Cette démarche passe par l'utilisation des pistes et des outils transmis par le professionnel. Un élément qui émerge également de cet indicateur, est l'importance de « *relancer les gens à leurs propres responsabilités.* »

Nous n'avons cependant pas assez d'éléments pour pousser plus loin l'analyse. Nous pourrions nous poser la question de l'absence de réponse ; est-ce dû au fait que l'assistant social ne prend pas le risque de perdre la maîtrise de la situation ou est-ce la méthode qui ne permettait pas de cibler ce genre de données ?

- apprendre de l'autre

Là encore, nous n'avons que très peu d'éléments à analyser, en effet, seuls deux professionnels s'expriment évasivement sur ce domaine. Nous retrouvons cette idée que l'assistant social a éventuellement déjà mis « *une étiquette, un jugement sur la personne* » et le fait d'être attentif à ce genre de biais, permet d'ouvrir quelque peu son champ de vision et de voir les « *ressources du client plutôt que ses carences.* » Nous pourrions imaginer que le fait de changer son regard sur la personne suivie implique que l'assistant social est en mesure d'apprendre quelque chose de nouveau. Et encore une fois, nous nous interrogeons sur l'absence de réponses ; est-ce que nous devons en déduire que l'assistant social n'évoque pas cet indicateur car il n'estime pas apprendre quelque chose de l'autre ou alors, est-ce la méthode qui n'était pas assez ciblée ?

8.2.6.....Nouvelles dimensions

Deux nouvelles dimensions qui n'ont pas été prises en compte dans notre projet de départ ont émergé de cette analyse, il s'agit de la dimension économique liée à la réalité du marché du travail et aux assurances sociales, ainsi que la dimension politique avec comme indicateur le changement.

8.2.6.1 La dimension économique

- Réalité du marché du travail

Deux professionnels en parlent dans leurs réponses, en mentionnant la difficulté de se réinsérer dans le premier marché de l'emploi, cela dépend d'une certaine « *fluctuation* » de l'offre d'emploi. Bien que l'objectif premier de l'aide sociale soit de recouvrer une autonomie financière, souvent par l'intermédiaire d'un travail, ces professionnels relativisent quelque peu en mentionnant que certaines fois, les réalités du marché du travail empêchent une réinsertion rapide.

- Assurances sociales

Deux professionnels également abordent cet indicateur. L'idée générale qui ressort est que les assurances sociales « *se complexifient* » et se « *referment de plus en plus* » dans le but d'assainir leurs finances et de faire des économies. Nous relevons que cette dynamique et la conjoncture économique actuelle induisent un changement sur l'aide sociale. En effet, un professionnel part du principe que « *l'aide sociale est moins chère que l'Al ou d'autres assurances sociales* » et avec cette idée de déplacement des dépenses vers l'aide sociale, l'état se retrouve « *dans une solution financière moins grande* » par contre « *c'est une solution morale et psychologique qui est plus dure à encaisser de la part des gens parce qu'ils sont dépendants* ».

Nous pouvons rajouter que suivant de quel milieu nous nous plaçons, celui de l'économie ou du social, forcément que les priorités ne sont peut-être pas toujours semblables.

8.2.6.2 La dimension politique

- Changement

Bien que quelques assistants sociaux en aient parlé dans leurs réponses, un seul professionnel relève particulièrement cet indicateur. Il fait émerger la difficulté de certains assistants sociaux de vivre « *entre la politique, le rationnel et la réalité des choses.* » Dans le sens où « *c'est pas si facile d'être à la fois employé et citoyens.* » Cela revient à reprendre ce statut d'intermédiaire entre la loi, le client, la société, rôle qui peut quelque fois faire en sorte que les valeurs personnelles, professionnelles ou culturelles s'entrechoquent et amènent à certaines remises en question. Nous remarquons également la difficulté et l'envie de faire « *changer la politique en générale* », de faire changer « *d'otique les dirigeantes et les décideurs* ». Nous relevons une extrême lenteur de changement.

9 La synthèse

De manière générale, cette recherche nous a permis de mettre en évidence un nombre conséquent de données concernant la prise en compte de la souffrance morale du client au bénéfice de l'aide sociale.

9.1 La relation thérapeutique

Conscients du contexte ainsi que du cadre légal, nous nous attendions cependant à trouver une certaine ouverture évidente sur la souffrance morale du client. En effet, nous pensions qu'elle est si liée à la personne et intégrée à la situation qu'elle allait apparaître très clairement. En réalité, cette souffrance est présente mais peu abordée, nous avons d'ailleurs relevé dans notre analyse, l'impossibilité de développer un langage clair et compréhensible sur les données la concernant. Nous remarquons donc une grande prudence à en parler, à la transmettre, à la notifier, comme si elle représentait un élément tabou, trop privé. En effet, les mots utilisés pour la décrire restent volontairement très généraux, évasifs, voir laconiques. Pourtant, comme nous nous y attendions, chaque professionnel se dit à l'aise, compétent et ouvert à en parler.

Cette recherche nous a également permis de relever que de manière générale, la souffrance morale intervient souvent une fois que la relation est installée. Le lien que peut créer le professionnel avec le client, l'espace de parole et d'écoute disponibles qu'il met à disposition, détermine également le degré d'ouverture du client par rapport à son ressenti.

Au terme de notre travail, nous voulons aussi insister sur le fait que la communication représente la possibilité de liens et d'échanges avec les autres, c'est par elle que les encouragements peuvent être donnés et reçus mais c'est aussi par elle que peuvent être déposées les pensées trop lourdes à porter. En même temps, si nous reprenons ce que nous dit Mme Poletti sur la communication, nous nous rendons aussi compte « *qu'il est difficile de communiquer lorsqu'on est au cœur même de l'épreuve. La personne peut se sentir incomprise, isolée et peut en arriver à croire que personne n'est capable d'imaginer l'intensité de sa souffrance, il suffit d'une réponse maladroite ou d'un rejet pour que la personne se referme comme une huître...* » En effet, pouvoir mettre en mots ce que nous ressentons peut également comporter un effet guérissant et c'est pour beaucoup de clients la possibilité de rester en contact avec le monde et avec les autres. (Poletti, Rosette. Dobbs Barbara. 2001. p. 55)

De plus, comme nous l'avons mentionné préalablement, chaque situation suivies à ses propres caractéristiques, les manières de procéder, les techniques utilisées peuvent alors varier d'une rencontre à l'autre mais aussi d'un client à l'autre. Nous constatons donc que la sensibilité et la disponibilité du travailleur social face à la souffrance peuvent varier mais aussi faciliter l'échange d'information à ce niveau là.

Un des éléments qui ressort également de notre analyse, est le décalage visible entre le discours, l'idéal de la profession d'assistant social et la pratique professionnelle quotidienne. Chacun a relevé l'importance et la nécessité de prendre en compte la souffrance morale, il ressort même que c'est une des missions du travailleur social d'y être attentif. Pourtant, dans la pratique, bien qu'à chaque fois nous remarquons une certaine ouverture, celle-ci est rapidement cadrée et au final, ce sont des petits moments qui sont accordés ; les espaces sont donc possibles mais souvent réduits. Nous faisons l'hypothèse que ceci est probablement dû au contexte d'aide sociale, à une certaine gestion du temps et de la masse de travail et non en lien avec les compétences du professionnel.

Sur la base des éléments émergents ci-dessus, nous ne sommes pas en mesure de confirmer notre première hypothèse de recherche qui stipulait que l'assistant social est prêt à entreprendre un travail thérapeutique avec le client. En effet, suite à cette analyse, nous sommes plus nuancés dans nos propos, en affirmant qu'il est prêt à entreprendre les prémices d'un travail thérapeutique avec le client. Il est en mesure de prendre en compte la souffrance du celui-ci, tout en ayant préalablement été attentif à sa propre souffrance. L'aide sociale étant avant tout une aide financière, nous estimons que ce contexte ne vise pas en premier lieu la souffrance morale du client, mais sa situation économique. En d'autres termes, ce cadre légal et financier empêche une prise en compte de la souffrance et à cette étape de la demande d'aide, nous ne sommes pas dans une relation thérapeutique. Par contre, l'attitude, la disponibilité, l'écoute, l'empathie, bref, toutes les attitudes fondamentales de l'aidant dont fait preuve l'assistant social au long de la démarche, permet d'une certaine manière, de mettre en place les prémices d'une alliance thérapeutique.

Nous sommes d'avis que le fait de prendre en compte la souffrance morale ressentie et exprimée par le client, doit faire partie des compétences de l'assistant social, sans toutefois entrer dans une réelle relation thérapeutique. L'assistant social n'est pas formé pour gérer la souffrance des client. Il ne se revendique pas comme un thérapeute.

9.2 Le partenariat

En formulant notre seconde hypothèse ainsi : le client au bénéfice de l'aide sociale est considéré comme un partenaire ; nous nous attendions à mettre en évidence un certain paradoxe. Et c'est volontairement que nous avons lié l'éventuelle autonomie du client avec le contexte de l'aide sociale qui engendre un cadre légal précis et parfois contraignant. En réalité, nous nous attendions plus ou moins à rejeter cette hypothèse. En effet, les éléments émergents de notre analyse vont quelque peu à l'encontre de l'idée d'autonomie du client et de partenariat. Précisons encore que par autonomie, nous entendons la faculté du client à développer sa propre identité mais aussi d'agir de manière indépendante, tout en ayant la maîtrise de la situation et en acceptant les responsabilités qui découlent de ses propres choix.

Or, les éléments qui émergent de notre analyse démontrent que le client au bénéfice de l'aide sociale est en mesure de refuser, de faire ses propres choix, de négocier jusqu'à un certain point ; cependant, il devra en assumer les conséquences et s'expose à d'éventuelles sanctions ou pénalités financières. Ceci nous amène à constater que le client n'est pas perçu comme un partenaire, nous parlerons alors plutôt de relation asymétrique où le professionnel a une certaine influence sur la situation, il peut exercer un certain pouvoir et utilise parfois des moyens de pressions sur le client. Le contexte légal empêche le fait que le bénéficiaire joue un rôle de partenaire, mais nous tenons à préciser que ce n'est pas pour autant que parallèlement, l'assistant social ne sera pas attentif à la souffrance ressentie et parfois provoquée ; cela dépend davantage de sa sensibilité et de son application de la loi.

Aussi, bien que la souffrance morale ne trouve pas forcément sa place au sein de ce contexte, ce n'est pas pour autant que l'assistant social ne la prend pas en compte. Nous retrouvons deux niveaux différents, l'un n'empêche pas l'autre ; le professionnel peut tout à fait sanctionner un client tout en maintenant une relation d'aide et de soutien. La sanction est perçue comme un élément normatif et éducatif, qui ne va pas à l'encontre de l'aide.

Un autre point fort de cette analyse, est le fait que tous les professionnels perçoivent la loi et les normes comme un outil de travail qui permet de cadrer, de protéger et de soutenir. Outil qui est donc perçu davantage comme un appui dans la relation et le suivi de la situation. A nouveau, dès que le professionnel est en mesure d'avoir une influence sur un choix ou un élément de la situation du client, nous sortons de la relation de partenariat.

Suite à ces remarques, nous avons tendance à penser que cette seconde hypothèse est à infirmer dans le sens où le client n'est simplement pas considéré comme un partenaire. Toutefois, cette constatation est quelque peu nuancée par le fait que le professionnel estime que le client est très souvent en mesure de mobiliser ses propres ressources pour s'en sortir. Nous relevons un regard positif sur les ressources à mobiliser par le client ainsi qu'une certaine possibilité de partage des tâches à réaliser dans certaines situations. Le client est très fréquemment associé à sa démarche d'aide, il prend parfois le statut d'acteur, cependant il n'est pas un partenaire.

9.3 Conditions nécessaires pour une prise en compte de la souffrance morale

Pour rappel, notre question de départ était : « *Sous quelles conditions la souffrance morale du client, au bénéfice de l'aide sociale, peut-elle être prise en compte par l'assistant social de CMS, tout au long de son intervention ?* »

Au terme de notre recherche, nous sommes amenés à revoir les conditions nécessaires pour une prise en compte de la souffrance morale. Ça sera le cas si .

- L'assistant social est prêt à entreprendre les prémices d'un travail thérapeutique avec le client au bénéfice de l'aide sociale.

- L'assistant social s'est préalablement protégé de ses propres souffrances et est conscient de ses limites personnelles et professionnelles.
- La souffrance morale semble utile au dossier.
- La souffrance morale sert à obtenir la compassion des décideurs.

9.4 Réalisation des objectifs

1. Déterminer si l'aide sous contrainte et l'empathie peuvent être compatibles
2. Evaluer la motivation de l'assistant social à inclure la souffrance morale dans la constitution du dossier d'aide sociale et le suivi du client.
3. Evaluer l'application du cahier des charges de l'assistant social des CMS valaisans et éventuellement les compétences à acquérir durant la formation.

En ce qui concerne nos deux premiers objectifs, nous pouvons dire qu'ils ont pu être vérifiés et réalisés. Les éléments décrits dans notre analyse mais également dans notre synthèse, nous permettent de démontrer que l'aide sous contrainte en utilisant différents moyens de pression ou de sanction est compatible avec l'empathie. A cet effet, nous avons, parlé du rôle normatif et éducatif de la sanction, qui a été même assimilée à une certaine protection pour le client.

Nous avons également pu déterminer le fait que l'assistant social s'implique dans la situation du client et est attentif à prendre en compte la souffrance morale de celui-ci, il se dit compétent et relève la nécessité de le faire parce que ces souffrances font également partie de la situation globale de la personne. L'assistant social tient compte de la souffrance ressentie dans le suivi de la situation, par contre, elle n'est pas forcément incluse dans la constitution du dossier d'aide sociale. Comme nous l'avons mentionné, cela reste un point sensible pour lequel le professionnel use de prudence et de retenue. Cette prise en compte de la souffrance morale du client se fait souvent au niveau du suivi, sur un autre plan que celui de l'aide financière accordée, car à ce niveau, la souffrance n'a pas vraiment de place déterminée, en tous les cas, elle ne fait pas partie des priorités et des éléments essentiels à évaluer pour l'ouverture d'un dossier d'aide sociale.

Pour ce qui est de notre troisième objectif, nous devons malheureusement relever que nous n'avons pas pu le réaliser. Bien que nous ayons reçu tous les cahiers des charges demandés aux CMS concernés, nous n'avons pas été en mesure de les traiter. En particulier parce qu'ils sont tous très différents; certains font allusions à un soutien social, d'autres détaillent plus en parlant de soutien psychosocial ou alors d'autres n'en parlent pas.

10 La conclusion

10.1 Réflexions personnelles¹³

Sur le plan personnel, ce travail de mémoire représente un réel enrichissement. Il m'a permis d'aborder des thèmes, comme la douleur, la souffrance ou la pauvreté, qui jusqu'alors m'étaient relativement méconnus. J'ai pris conscience de l'importance de prendre en compte une personne qui souffre et de lui permettre d'avoir un espace de parole et d'écoute suffisant. Cette expérience m'a permis d'être plus attentive à ces problématiques aussi bien dans mon contexte professionnel, que dans mon entourage personnel.

La rencontre avec les différents professionnels, lors de mes entretiens exploratoires, m'a donné l'occasion de découvrir de nouveaux milieux, comme celui de la psychothérapie en communication, que j'avais, jusque là, encore peu investi. A travers cette recherche, j'ai ainsi appris à élargir ma perception des choses à de nouveaux horizons professionnels, que je pourrai, à l'avenir, intégrer à ma pratique professionnelle.

¹³ A partir de ce point, nous utiliserons à nouveau le « je » pour évoquer notre expérience personnelle

En interviewant des professionnels, travaillant comme assistant social dans un CMS, je me suis vue en quelque sorte au travers des autres, en effet, ils m'ont parfois renvoyé ma propre image d'assistante sociale. Ce processus de « miroir » m'a permis de me remettre en question par rapport à certains de mes comportements, réflexions ou points de vue et de réfléchir à mon identité et mon rôle d'assistante sociale. Ces échanges m'ont également permis d'enrichir ma pratique professionnelle et de tester certaines méthodes de travail rencontrées.

La réalisation de cette recherche, m'a également donné l'occasion de me connaître davantage. En effet, j'ai appris quelles étaient mes limites telles que la gestion des émotions, l'implication personnelle, la dactylographie, la motivation et aussi mes ressources telles que la volonté, la sensibilité, le fait d'être consciencieuse, etc. Cette recherche m'a apporté énormément sur le plan personnel et professionnel et je suis en mesure d'intégrer ces éléments dans mon quotidien.

Durant les diverses étapes de mon travail, j'ai également appris à accepter les critiques et à les utiliser à bon escient. J'ai ainsi pris note des diverses remarques jalonnant ma recherche et je les ai intégrées à la réalisation de mon mémoire (modifications, ajustements, limites, etc.) Cela n'a pas toujours été évident, mais je suis persuadée que la critique est constructive et qu'elle ne peut que contribuer à la qualité du travail. De plus, ce travail de mémoire m'a permis de développer certaines compétences, telles que la patience, la flexibilité, le respect des opinions, l'écoute et la régularité.

Je souhaiterais conclure ce chapitre en mentionnant que ce mémoire est l'aboutissement d'un long travail de réflexion et d'action, visant à développer mes capacités personnelles et professionnelles et je suis satisfaite de l'avoir réalisé. Et face à l'ampleur de la tâche, j'ai réussi à trouver l'énergie, la persévérance pour l'élaborer, en surmontant, une à une, les difficultés rencontrées. Cette démarche m'a ainsi apporté une plus grande confiance en moi et une volonté d'aller de l'avant.

10.2 Les limites de la recherche

Lors de ce travail, nous avons été confrontés à certaines limites, qui ont incontestablement influencé le résultat de notre recherche.

Une des limites de ce travail est directement liée au terrain d'enquête choisi pour effectuer notre recherche et à notre implication personnelle dans la thématique. En effet, actuellement, nous effectuons notre formation d'assistante sociale, en cours d'emploi, dans un CMS. Aussi, notre regard et notre expérience professionnelle ont peut-être parfois influencé nos choix et notre travail en général. Comme nous avons participé à la campagne « Ensemble contre la douleur » et également interviewé certains de nos collègues, il nous a été parfois difficile de rester le plus objectif possible.

Nous pouvons aussi mentionner le fait que comme cette expérience de recherche était totalement nouvelle pour nous, lors des premiers entretiens, nous avons tellement été fixés sur notre guide d'entretien que nous n'avons parfois pas fait assez attention à la clarté des réponses. En effet, certaines explications auraient mérité des demandes de précision pour mieux comprendre le sens.

Un des biais que nous avons également pu remarquer lors du dépouillement de nos données correspond au décalage entre le verbal et le non verbal au moment de la transformation de notre matériel. En effet, certaine fois, l'assistant social a accompagné ses réponses de gestes, de mouvements, d'intonations ou encore d'expressions, éléments qui n'ont pas pu être retranscrits dans notre matériel d'analyse, du fait de la méthode choisie.

10.3 Les perspectives de la recherche et les pistes d'action

Nous souhaitons commencer par relever la part d'interprétation qui peut être faite au sujet de la souffrance du client par le professionnel, ce qui peut parfois impliquer des décalages entre la souffrance ressentie par le client et la représentation que le professionnel s'en fait.

En effet, la souffrance morale, au même titre que la douleur, est difficilement mesurable, à nos yeux, il faudrait donc sensibiliser davantage le professionnel à la reconnaître, à en parler en lui donnant les moyens et les outils nécessaires pour le faire. Ceci pourrait passer par l'utilisation systématique de la réglette de la douleur dont

l'application pourrait être utilisée aussi pour évaluer le degré de souffrance de la personne sur une échelle visuelle ; cette action du professionnel permettrait une porte d'entrée pour approcher la souffrance mais aussi de réduire les éventuels décalages et interprétations. Nous avons également fait émerger le terme de résilience dans notre analyse et nous avançons l'idée que celui-ci devrait également représenter un concept opérationnel pour la pratique du professionnel en contact avec des bénéficiaires qui ont des parcours de vie difficiles et éprouvants.

Un autre outil serait éventuellement de proposer au professionnel des formations continues qui aborderaient certains thèmes comme la souffrance morale, les attitudes fondamentales de l'aidant, dans le but de le sensibiliser davantage à ces problématiques pour qu'il y soit encore plus attentif dans son travail au quotidien. A ce propos, rajoutons encore que le CMS de Sierre, suite à sa campagne et à l'obtention du label « Ensemble contre la douleur », a envisagé de maintenir cette dynamique et de proposer ponctuellement à tout son personnel, des échanges, des formations en lien avec ce thème.

De plus, étant donné la corrélation possible entre le degré d'isolement du bénéficiaire d'aide et la souffrance ressentie, nous trouvons judicieux d'intervenir sur le développement d'un réseau autour du client, et ce, pour le remettre en contact et créer des liens avec d'autres personnes. En effet, le soutien de l'entourage et du réseau mais aussi des ressources extérieures, jouent un rôle important et déterminant dans le suivi des situations. Dans la mesure du possible, le professionnel devrait être également attentif à l'insertion, avant tout sociale, du bénéficiaire et à lui permettre de créer ou de recréer des liens avec un entourage proche.

Suite à notre analyse, nous avons pu mettre en évidence le fait que la souffrance du client ne semble pas essentielle ni prioritaire dans la constitution du dossier d'aide sociale, pourtant, malgré un contexte légal contraignant, tous les professionnels sont attentifs à laisser de la place à cette souffrance et aux émotions parfois fortes et présentes dans la relation et relèvent la nécessité de l'effectuer. Ce constat nous semble tout à fait rassurant compte tenu de la tendance et du contexte politique actuel qui laisse présager un durcissement éventuel de l'aide sociale ainsi qu'une plus grande stigmatisation des bénéficiaires qui sont déjà, bien souvent, soupçonnés en permanence d'abus par certaines franges de la population. L'objectif visé ne devrait-il pas être avant tout de trouver des moyens de combattre la pauvreté et non pas le pauvre ?

11 Bibliographie

- APD, association suisse pour personnes souffrant de douleurs chroniques. *Vaincre la douleur*. Bâle : ADCOMM AG. 34 p.
- Association Ensemble Contre La Douleur. *Présentation du site* [en ligne] Adresse URL : <http://www.againstpain.org/fr/> (page consultée le 06.08.2006)
- Association Ensemble Contre La Douleur. *Description des campagnes suisses* [en ligne] Adresse URL : http://www.againstpain.org/fr/pdf/desc_camp_suisse.pdf (page consultée le 06.08.2006)
- Bernabeu, Yves. Siegrist, Delphine. (2002) *L'accueil des publics en difficulté*. Collection « les pratiques DEMOS. Paris : Les Editions DEMOS. 140 p.
- Boureau, François. (1991) *Contrôler votre douleur*. Paris : Editions Payot, 213 p.
- Campenhoudt, L.V. Quivy, R. (1995) *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod. 290 p.
- Confoederatio Helvetica. Chancellerie Fédérale. *Article 12 de la Constitution fédérale : droit d'obtenir de l'aide dans les situations de détresses*. [en ligne] Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/a12html> (page consultée le 16.08.2007)
- Confoederatio Helvetica. *Loi fédérale sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin LAS*. [en ligne] Adresse URL : <http://www.admin.ch> (page consultée le 06.08.2006)
- CSIAS. (2005). *Aide sociale : concepts et normes de calcul*. Berne.
- Delorme, Thierry. (1999) *La douleur, un mal à combattre*. Evreux : Editions Gallimard. 127 p
- Doron, Roland. Parot, Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Editions PUF.
- Encyclopédie Universalis. *Définition de la souffrance*. Paris. p. 354-356
- Etat du Valais. *Loi sur l'intégration et l'aide sociale du 29 mars 1966 LIAS*. [en ligne] Adresse URL : <http://www.vs.ch/navig2/LoisVs/Fr/Frame522.htm> (page consultée le 06.08.2006)
- Fragnière, Jean-Pierre. Girod, Roger. (2002, 2^{ème} édition) *Dictionnaire suisse de politique sociale*. Lausanne : Editions Réalités sociales.
- Haute école santé sociale du Valais. (entrée 2003) Dossier de l'étudiant. Filière assistant social, Sion.
- Info CMS (juillet 2006 – N°7,p.3): Centre médico-social de Sierre : Ensemble contre la douleur.
- Institut UPSA de la douleur. *Luttons ensemble contre la douleur*. [en ligne] Adresse URL : http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur_chronique/cancer/douleur_cancer.html (page consultée le 05.01.2007)
- Jodelet, D. (1989) *Les représentations sociales*. Paris : PUF. p.10
- Kerhrl, Christin. Knöpfel, Carlo. (2007) *Manuel sur la pauvreté en Suisse*. Lucerne : Editions Caritas. 224 p.

- Künzler, Gabriela. (2002) *Les pauvres vivent moins longtemps : couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse*. Lucerne : Editions Caritas. 100p.
- Lallemand, Dominique. (1994) *Les métiers du secteur social*. Paris : Le monde, Editions, Marabout, 154p.
- Larousse (2000). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Editions Larousse.
- Le Breton, David. (1995) *Anthropologie de la douleur*. Paris : Ed. Métailié, 237 p.
- Lietaer, Germain. *L'authenticité, la congruence et la transparence*. 16 p. [en ligne] Adresse URL : <http://pascalcourty.fr/ACP/authenticite.pdf> (page consultée le 14.01.2007)
- Observatoire valaisan de la santé. (Septembre 2004) *La santé des valaisans 2004*. 3^{ème} rapport. Sion : service de la santé publique. 60 p.
- Office fédéral de la statistique. (2007) *La statistique de l'aide sociale – Résultats pour l'année 2005*. Neuchâtel : Département fédéral de l'intérieur. 24 p.
- Office fédéral de la statistique. Crettaz Eric (Mars 2007). *La pauvreté des personnes en âge de travailler*. Neuchâtel : Département fédéral de l'intérieur. 8 p.
- Office fédéral de la statistique. Communiqué presse.(30 juin 2006) *Risque plus élevé d'isolement social parmi la population déjà défavorisée*. Neuchâtel : Département fédéral de l'intérieur. 2p.
- Organisation des Nations Unies (ONU). (10.12.1948) *Déclaration universelle des droits de l'homme*. [en ligne] Adresse URL : <http://www.un.org/french/aboutun/dudh.htm> (page consultée le 14.01.2007)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Définition de la santé*. [en ligne] Adresse URL : www.who.int/about/definition/en (page consultée le 14.01.2007)
- Paugam, Serge. (2005) *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Collection de lien social. 276 p.
- Poletti, Rosette. Dobbs Barbara. (2001) *La résilience ou l'art de rebondir*. Saint-Etienne : Editions Jouvence, 94 p.
- Rossini, Stéphane. Favre, Brigitte. ARTIAS. (Février 2004). *Les oubliés de la protection sociale*. Yverdon. 13 p.
- Salamin, Marie-Françoise. (2003) *Quand la souffrance devient chemin*. Saint-Maurice : Editions St-Augustin, 137 p.
- Schmid, Walter, Tecklenburg. (2005) *Vivre dignement ? L'aide sociale suisse en question*. Lucerne : Editions Caritas. 204 p.
- Site de l'Etat du Valais. (09.02.1996) *Loi sur la santé* [en ligne] Adresse URL : http://www.vs.ch/public/public_lois/fr/LoisHtml/frame.asp?link=800.1.htm (page consultée le 14.01.2007)
- Site de l'Université de Genève. Perrenoud, Philippe. *Quelques conditions d'un partenariat durable entre les parents et les enseignants*. [en ligne] Adresse URL : http://unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2002/2002_04.html (page consultée le 14.03.2007)

- Société suisse d'étude pour l'étude de la douleur. *Quelle différence existe-il entre douleur chronique et douleur aiguë ?* [en ligne] Adresse URL : http://www.pain.ch/sqssfr/htm_fr/patienteninfo/faqs/faqs2.htm (page consultée le 06.08.2006)
- Université de Genève. *Thérapie centrée sur la personne*. [en ligne] Adresse URL : <http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin34/pages/basetcp.htm> (page consultée le 19.01.2007)

ANNEXES

Annexe 1 : Chancellerie Fédérale. Article 12 de la Constitution

Annexe 2 : Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 25 alinéa 1

Annexe 3 : CSIAS. Montants d'aide sociale, Normes révisées 2005

Annexe 4 : Référentiel des compétences du travailleur social

Annexe 5 : Office fédérale de la statistique, 2007, tableau p. 6

Annexe 6 : La loi sur l'intégration et l'aide sociale [LIAS]

Annexe 7 : Tableau des mesures d'insertions sociales

Annexe 8 : Les différentes phases de la campagne « Ensemble contre la douleur »

Annexe 9 : Le questionnaire de la campagne

Annexe 10 : La règlette

Annexe 11 : Le tableau des dimensions, indicateurs, variables (grille de dépouillement)

Annexe 12 : Courrier explicatif

Annexe 13 : Le guide d'entretien

Annexe 14 : Fiche d'information et consentement libre et éclairé

Annexes 15 : La souffrance totale

Annexe 16 : Document de travail : droits et devoirs des bénéficiaires

Annexe 12

Centre médico-social

Chalais, le 22 février 2007

Madame, Monsieur,

Actuellement, je suis en formation en cours d'emploi à la Haute école santé-social du Valais (HEVs2) liée à un travail à temps partiel au CMS de Sierre. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je mène une recherche dans le but d'évaluer l'attitude de l'assistant(e) social(e) face à la souffrance morale d'un client au bénéfice de l'aide sociale.

Une des premières étapes de mon travail consiste à prendre en compte les tâches et les missions de ces professionnels, c'est pourquoi je me permets de vous solliciter afin d'obtenir une copie du cahier des charges des assistants sociaux qui travaillent au sein de votre service. Je précise que les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme.

Je profite aussi de ce courrier pour vous demander l'autorisation de prendre contact avec un(e) assistant(e) social(e) de votre service pour un éventuel entretien en lien avec le thème de mon mémoire.

En cas d'accord de votre part, vous pouvez me transmettre les documents à l'adresse suivante :

Par courrier : Carole Pellissier

Par mail : carole.pellissier@bluewin.ch

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous porterez à ma requête et de votre précieuse collaboration, je vous présente, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Carole Pellissier

Annexe 14

TRAVAIL DE RECHERCHE SUR LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE MORALE DU CLIENT AU BENEFICE DE L'AIDE SOCIALE

INFORMATION DESTINEE AUX PERSONNES PARTICIPANT A LA RECHERCHE

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en formation en cours d'emploi à la Haute école santé social du Valais (HEvs2) et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je mène une recherche dans le but d'évaluer l'attitude de l'assistant(e) social(e) face à la souffrance morale d'un client au bénéfice de l'aide sociale. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette recherche et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

La recherche sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, nous fixerons un rendez-vous pour un entretien. Cet entretien se déroulera sur votre lieu de travail et durera environ une heure. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2007.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à la recherche.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette recherche seront analysées de manière strictement anonyme.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contact : Carole Pellissier

Annexe 14 suite

TRAVAIL DE RECHERCHE SUR LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE MORALE DU CLIENT AU BENEFICE DE L'AIDE SOCIALE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LES PERSONNES PARTICIPANT AUX ENTRETIENS SERVANT A LA REALISATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE

Ces entretiens sont effectués dans le cadre du mémoire de fin d'étude de la filière travail social de la Haute Ecole Santé Social Valais. Ils ont été négociés avec la Direction du centre médico-social qui a donné son accord à condition de respecter les points suivants :

Le (la) soussigné(e) :

- certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs de la recherche citée ci-dessus.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette recherche.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à cette recherche sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin de la recherche, à savoir au plus tard fin 2007.
- Consent à ce que les données recueillies pendant la recherche soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat des données étant garanti.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer à la recherche mentionnée dans l'entête.

Date :

Signature :

Contact : Carole Pellissier

GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ASSISTANT SOCIAL D'UN CENTRE MEDICO-SOCIAL DU VALAIS ROMAND

DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

- Bonjour
- Remerciements de l'accueil
- Présentation du travail de recherche
- Respect de la confidentialité
- Lettre d'accompagnement + signature du formulaire de consentement éclairé
- Questions
- Présentation de l'interviewé selon questionnaire
- Remerciement et prise de congé

Je vous remercie de l'accueil qui m'est réservé et d'avoir accepté cet entretien.

Cette recherche s'effectue dans le cadre de ma formation d'assistante sociale auprès de la Haute Ecole Santé-Social de Sion.

Ce travail de recherche m'est demandé par l'école, le sujet porte sur la prise en compte de la souffrance morale d'un client au bénéfice de l'aide sociale par l'assistant social du CMS.

Je vous demanderais de bien vouloir lire le document destiné aux personnes participant à ma recherche. Je vous transmets également le formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant aux entretiens servant à la réalisation de mon travail de recherche, merci de bien vouloir le signer si vous êtes en accord avec ce document.

QUESTIONS

1/ COMMENT VOUS VOUS Y PRENEZ QUAND VOUS ABORDEZ UNE PERSONNE QUI DEMANDE OU QUI EST AU BENEFICE DE L'AIDE SOCIALE ?

Relances : (procédure)

- Quand la personne vient vous voir, est-ce que vous procédez toujours de la même manière ?

- Est-ce que vous laissez une place pour les émotions, comment vous vous y prenez ?

- Est-ce que vous prenez certaines libertés par rapport aux sujets abordés en entretien ?

Relance : (lieu)

- Est-ce que vous avez un espace de rencontre prévu pour ce genre d'entretien étant donné que vous partagez un bureau ?(ça dépend du CMS)

Relances : (durée)

- Est-ce que vous pensez que votre attitude change au cours du suivi de la situation ?

→ permet de tester si le professionnel a une procédure et comment il habite son rôle entre ce qui est prescrit, appris et le travail réel.

2/ QUI SONT LES GENS QUI VIENNENT VOUS VOIR ?

Relances :

- Comment vous les percevez ?

- Quelles sont leurs demandes ?

- Depuis x temps maintenant que vous travaillez au CMS, est-ce que vous trouvez que les situations ont évolué ?

- Est-ce que c'est difficile pour vous d'y être confronté ?

→ Permet d'avoir un regard d'expert (représentations) sur la population concernée.

3/ AU QUOTIDIEN, DANS VOTRE TRAVAIL, EST-CE QUE VOUS ABORDEZ LA SOUFFRANCE EN ENTRETIEN ?

Relances :

- Comment vous vous y prenez pour l'aborder

- Est-ce que c'est abordé dès le 1^{er} entretien ?

- Ça veut dire quoi pour vous une personne qui souffre ?

- Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec ce domaine ?

- Est-ce que c'est difficile pour vous d'en parler ?

- Est-ce qu'il vous est arrivé de transférer des situations à un psychiatre ou psychologue et si oui, qu'est-ce qui vous a amené à le faire ?

→ Permet de tester motivation du professionnel et compétence à le faire

4/ EST-CE QUE ÇA VOUS EST ARRIVÉ QU'UNE PERSONNE À L'AIDE SOCIALE VOUS ÉTONNE ?

Relances :

- Est-ce que ça arrive qu'un client propose des pistes d'action auxquelles vous n'auriez pas pensé ?

- Est-ce que le client est en mesure de négocier avec vous ?

- Est-ce qu'il a la possibilité de dire non ?

→ Permet de tester le concept du partenariat = partage pouvoir / savoir + contraintes légales.

5/ EST-CE QU'IL VOUS ARRIVE DE PLANIFIER DES RENDEZ-VOUS POUR ÉVOQUER FORMELLEMENT LA SOUFFRANCE RESENTIE PAR LES CLIENTS ?

Relance :

- Inscrivez-vous dans votre dossier des éléments en lien avec la souffrance exprimée par les personnes ?

→ relation d'aide

6/ EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE L'APPLICATION DE LA LOI SUR L'INTEGRATION ET L'AIDE SOCIALE (LIAS) PERMET UNE PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE ?

Relance :

- Pour vous, est-ce que c'est possible de sanctionner et d'aider ?

→ Permet de tester représentation du professionnel sur contrainte et empathie

7/ EST-CE QUE VOUS TROUVEZ QUE C'EST LE ROLE D'UN ASSISTANT SOCIAL DE PRENDRE DU TEMPS POUR PARLER DE LA SOUFFRANCE AVEC LE CLIENT ?

8/ EST-CE QUE VOUS SOUHAITERIEZ RAJOUTER QUELQUE CHOSE DE PLUS ?

PRESENTATION DE L'INTERVIEWE

Age	:	<hr/>
Sexe	:	<hr/>
Fonction / Depuis	:	<hr/>
Nombre d'année travail CMS	:	<hr/>
Formation(s) de base	:	<hr/>
Formation(s) continue(s)	:	<hr/>
Nbre dossiers aide sociale	:	<hr/>
Date de l'interview	:	<hr/>

Remerciement et prise de congé....

Annexe 11

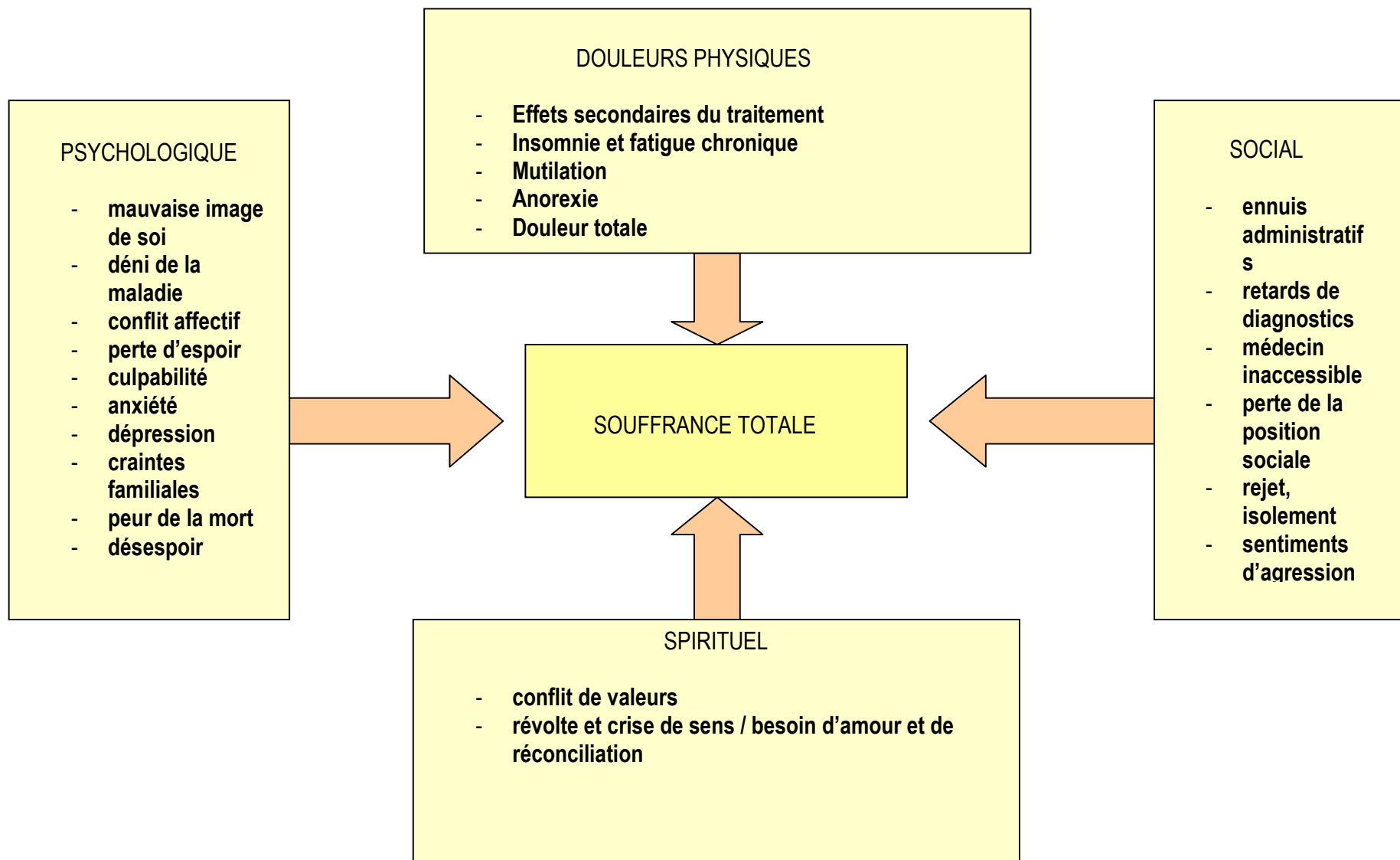
GRILLE DE DEPOUILLEMENT POUR L'ASSISTANT SOCIAL D'UN CENTRE MEDICO-SOCIAL DU VALAIS ROMAND

HYPOTHÈSES		SOUS-HYPOTHÈSES		DIMENSIONS	INDICATEURS
H.0	L'assistant social est prêt à entreprendre un travail thérapeutique avec le client au bénéfice de l'aide sociale. soignant /soigné	H 0.1	L'assistant social se doit de développer les attitudes fondamentales de l'aidant.	<ul style="list-style-type: none"> Structurelle Relationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - mise à dispo. d'un lieu d'accueil (espace matériel et symbolique) - système d'accueil général - système d'accueil personnel - mise à disposition d'un espace de parole et d'écoute - technique personnelle d'entretien - technique personnelle de recueil des données - protection et transmission des données - investissement professionnel et émotionnel - dvpt des qualités individuelles essentielles à la relation -création d'un lien - disponibilité, empathie, sensibilité, écoute active, reformulations, confrontations
		H 0.2	La souffrance morale fait partie intégrante de la situation générale du client.	<ul style="list-style-type: none"> Bio-psycho-sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - rendre un sentiment d'utilité - tenir compte de la perte de la position sociale - dépendance aux autres - demandes, attentes et besoins pris en compte - état de santé
		H 0.3	La souffrance morale est abordée dans un second temps, une fois que la relation est installée.	<ul style="list-style-type: none"> Temporelle 	<ul style="list-style-type: none"> - mois / années - évolution positive ou négative de la situation selon la durée du dossier

		H 0.4	L'assistant social a les compétences pour aborder la souffrance morale du client ; cela fait partie de sa mission.	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - cahier des charges - formation de base et formations continues - représentation de la souffrance - maîtrise du domaine de la souffrance (à l'aise avec ce thème) - motivation du professionnel à en parler - limites et frontières avec le domaine de la psychologie
H.1	<p>Le client au bénéfice de l'aide sociale est considéré comme un partenaire.</p> <p>Considérer l'autre comme un égal</p>	H 1.1	Il est nécessaire que son autonomie puisse être prise en compte.	<ul style="list-style-type: none"> • Légale • Egalitaire • Partage d'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> - normes et lois en vigueur - application des normes et lois en vigueur - contraintes - utilité de la sanction - laisser la possibilité au client de dire « non » - laisser le libre choix au client - négociation - penser que le client est capable de mobiliser ses propres ressources - prendre le risque de ne pas maîtriser la situation - apprendre de l'autre
	Nouvelles dimensions			<ul style="list-style-type: none"> • Économique 	<ul style="list-style-type: none"> -réalité du marché du travail - assurances sociales
				<ul style="list-style-type: none"> • politique 	<ul style="list-style-type: none"> - changement
<p>Variables à prendre en compte pour chaque hypothèse : le sexe et l'âge de l'AS, le nombre d'années de travail au CMS, le nombre de dossiers d'aide sociale suivis, la formation de base de l'AS, les formations continues suivies par l'AS.</p>					

LA SOUFFRANCE TOTALE

Cécily Saunders



Annexe 8

DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE « VERS UN MILIEU DE VIE SANS DOULEUR »

INFORMER – SENSIBILISER – FORMER LE PERSONNEL ET LES CLIENTS
PERMETTRE AUX CLIENTS, ET A LEUR FAMILLE, D'ETRE PARTENAIRES

1. Création d'un comité de pilotage

Représentants des : médecins, pharmaciens, infirmières, assistants sociaux, aides familiales, auxiliaires de vie et au foyer, personnel administratif

Préparation du déroulement de la campagne : enquêtes, analyse, matériel, formation
Introduire la douleur comme cinquième signe vital

2. Sensibilisation

Présentation du matériel, explication des objectifs, explication des moyens
Evaluation de la douleur améliorer l'antalgie

3. EVALUATION

semaine S=0 /Audit phase I

Protocole d'évaluation
Evaluation des pratiques
Bilan/inventaire des ttt antalgiques

Audit – Phase II
Lancement de la campagne

Affiches, brochures
Cours : La douleur, son évaluation et sa prise en charge
Conférences, presse, TV...

4. EVALUATION

semaine S=12 Audit phase III

Protocole d'évaluation

Audit – phase IV
Synthèse de bilan : reprise des données et discussion/bilan

Evaluation des effets
Consommation médicamenteuse J0 et J...
Nombre de clients douloureux
Evolution de la divergence :
Opinion des clients/opinion des équipes

